



Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE **Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde** **Materna Obstétrica e Ginecológica**

Helena Margarida Massano Soares Fradinho

2013



Curso de Mestrado em Enfermagem
Saúde Materna e Obstetrícia

PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE
Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde
Materna Obstétrica e Ginecológica

Helena Margarida Massano Soares Fradinho

Sob a orientação da professora Irene Soares

2013



*“Dedicação é como uma semente, que se planta hoje,
para colher bons frutos amanhã”..*

Adelson Jr. Câmara

O meu obrigado,

Aos meus pais e sogros por ficarem com as minhas filhas;

À minha irmã por me dar apoio e me acalmar nos momentos difíceis;

Ao meu marido pelo apoio incondicional e pela compreensão;

Às minhas filhas pela paciência nos momentos em que lhe dediquei menos atenção;

Aos meus amigos e colegas com os quais partilhei alegrias e tristezas;

À professora Irene Soares pela orientação e incentivo.

SIGLAS

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

DGS – Direção Geral da Saúde

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – International Confederation of Midwives

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UCEN – Unidade de Cuidados Especializados Neonatais

Resumo

Este relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Nele irei refletir acerca do aprofundar de conhecimentos e desenvolvimento de competências em contexto de bloco de partos, dando ênfase ao desenvolvimento de competências na área da preparação para a parentalidade.

A metodologia utilizada foi baseada na análise das minhas práticas enquanto estudante e na Revisão Sistemática da Literatura, de forma a dar resposta à questão em formato PI[C]OD: “Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (I) à grávida/família (P) que promovem a parentalidade saudável (O)?”

Nesta pesquisa concluiu-se que uma parentalidade saudável passa pela adoção de estilos de vida saudáveis, pelo planeamento da gravidez, recurso a programas de preparação para a parentalidade e a presença de pessoal diferenciado na prestação de cuidados durante os quatro estádios do trabalho de parto, sendo sem dúvida fatores decisivos para o bem-estar da grávida/casal, contribuindo para o estabelecimento da relação precoce, hoje entendida como de primordial importância para o desenvolvimento psicomotor e emocional da criança.

Palavras-chave: intervenção do EESMOG, parentalidade saudável, parto, aulas de preparação para a parentalidade

Abstract

This report was produced as part of the course Stage with Report of the 3rd Masters Course in Maternal Health Nursing and Midwifery, School of Nursing Lisbon (ESEL). In it I will reflect on the further development of knowledge and skills in the context of block calving, giving emphasis to the development of skills in preparation for parenting.

The methodology was based on the analysis of my practice as a student and Systematic Review of the Literature , in order to answer the question format PI [C] OD : " What interventions Nurse Specialist Maternal, Obstetric and Gynecologic (I) will pregnant / family (P) that promote healthy parenting (O) ? "

In this research it was concluded that a healthy parenting involves the adoption of healthy lifestyles by pregnancy planning, use of preparation programs for parenting and the presence of personnel in different care during the four stages of labor, and undoubtedly decisive factors for the well- being of pregnant / double, contributing to the establishment of the early, now seen as of paramount importance to the emotional and psychomotor development of the child.

Keywords: intervention EESMOG, healthy parenting, childbirth preparation classes for parenting

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1– REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
1.1 –Parentalidade saudável... ..	13
1.2 – Contributos do EESMOG.....	17
2 – QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA	19
3 - METODOLOGIA.....	20
3.1 – Revisão Sistemática da Literatura.....	20
3.2 – Análise e discussão dos estudos selecionados.....	21
4– COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA.....	25
4.1 - Contextualização do Estágio com Relatório.....	25
4.1.1 - Breve caracterização do local do Estágio com Relatório.....	26
4.2 - Analise dos objetivos.....	26
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
BIBLIOGRAFIA.....	45

APÊNDICES

Apêndice I – Estudos selecionados para a Revisão Sistemática da Literatura

Apêndice II - Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio com Relatório

Apêndice III – Apresentação do Estudo de Caso

Apêndice IV – Diário de Aprendizagem I

Apêndice V – Diário de Aprendizagem II

Apêndice VI - Reflexão do Ensino Clínico de Neonatologia

Apêndice VII – Sessão de Educação para a Saúde sobre Preparação para a Parentalidade e Vinculação pré natal

ANEXOS

Anexo I – Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 3º. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Esta experiência clínica decorreu no Bloco de Partos de um Hospital da região sul do país e teve a duração de 20 semanas com início a 18 de fevereiro e termino a 12 de julho, num total de 750 horas, sendo 500 de estágio, 25 de orientação tutorial e as restantes horas de trabalho autónomo. A orientação pedagógica foi feita pela professora Irene Soares, docente da ESEL e a orientação no local do estágio por uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. A orientação na elaboração do Relatório de Estágio é da responsabilidade da docente da ESEL, Professora Irene Soares.

De acordo com o Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e o preconizado no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) e pela International Confederation of Midwives (ICM) delineou-se como objetivo geral para a Unidade Curricular - Estágio com Relatório:

- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permita prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido, pessoa significativa, inseridos numa família e comunidade, de forma a potenciar a saúde, detetar e tratar precocemente complicações e a promover o bem-estar no âmbito ginecológico, pré-natal, trabalho de parto e puerpério imediato, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

A experiência da gravidez, parto e puerpério é influenciada por um conjunto de valores que estão inerentes à personalidade, à cultura, às crenças e valores da mulher/companheiro. O parto é um dos momentos marcantes na vida da mulher/recém-nascido/companheiro e o apoio e acompanhamento durante esta fase da vida são extremamente importantes. O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG) é fundamental no sentido de desenvolver capacidades na mulher de maneira a que esta se adapte a uma nova

identidade quando se torna mãe. Assim é determinante o EESMOG desenvolver uma relação de ajuda com a parturiente e acompanhante no sentido de dar resposta às suas necessidades.

Este é sem dúvida mais um momento de crescimento e aprendizagem muito importante ao longo deste percurso académico no sentido de desenvolver competências na área da saúde materna e obstétrica.

A elaboração deste relatório representa a análise crítica e reflexiva sobre as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio com Relatório, tendo em vista o desenvolvimento de competências como futura EESMOG, promovendo intervenções que contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados à mulher, recém-nascido, pessoa significativa, inseridos numa família e comunidade durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério imediato. Também será abordada a temática da preparação para a parentalidade e os contributos do EESMOG, problemática que propus aprofundar, de modo a desenvolver competências especializadas nesta área, utilizando a metodologia da Revisão Sistemática da Literatura, refletindo sobre a evidência científica e aplicando-a na minha prática como futura EESMOG.

Segundo o REPE, o EESMOG é o profissional qualificado com habilitação legal, a quem foi atribuído título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica de Saúde Materna e Obstétrica. Considero de extrema importância garantir à mulher/família o acesso a recursos que lhes permitam a vivência da gravidez saudável a nível físico, psíquico e relacional, de forma a integrar o aconselhamento e apoio psicossocial durante a vigilância periódica da gravidez. Cabe então ao EESMOG mobilizar um conjunto de saberes que são essenciais para que a grávida possa vivenciar melhor a sua gravidez e o seu parto.

De forma a refletir sobre a aquisição e desenvolvimento das competências torna-se imprescindível a elaboração de um relatório que facilite este processo.

Os objetivos deste Relatório de Estágio são os seguintes:

- Desenvolver capacidades de análise e reflexão sobre os objetivos e atividades desenvolvidas ao longo dos Ensinos Clínicos e Estágio com

Relatório para a aquisição de competências no cuidado de enfermagem especializado no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica.

- ↻ Refletir sobre as experiências de aprendizagem, à luz da evidência científica;
- ↻ Refletir sobre a aquisição de novas competências, com vista a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O modelo concetual que orientou a prática de cuidados e que foi utilizado também na realização do Relatório de Estágio foi o modelo teórico de Jean Watson.

À luz da autora o papel desempenhado pelo EESMOG tem por base uma relação transpessoal do cuidar e os fatores de cuidar. “Uma relação transpessoal do cuidar, conota uma forma especial de cuidar -uma união com outra pessoa -elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar- no- mundo.” WATSON (2002, p.111). É através do desenvolvimento dos nossos próprios sentimentos que podemos verdadeiramente interagir com os outros.

Quanto à estrutura do relatório, está dividido em cinco partes. Na primeira apresentarei o referencial teórico, que através de uma revisão bibliográfica será feita uma contextualização do tema, em seguida apresentarei o modelo de enfermagem que orienta a minha prática de cuidados, a metodologia de pesquisa e posteriormente as competências adquiridas na prática clínica. Por fim, será elaborada uma reflexão de todo o percurso desenvolvido. Apresentarei alguns apêndices e anexos que achei necessário para complementar o relatório.

1 – REFERENCIAL TEÓRICO

Falar de gravidez, é opinar sobre uma fase importante na vida de qualquer mulher/casal, de um percurso que induz a sua preparação para serem pais.

Com o decorrer dos meses os pais sonham com uma gravidez salutar, estabilidade emocional no seu decurso e um parto e puerpério emocionante, saudável e repleto de alegrias. Dá-se início a uma nova vida, há uma alteração dos papéis da mulher/casal, bem como alteração dos papéis de toda a família. A gravidez é um período de mudanças não só físicas como também emocionais. É um período de alegrias e de descobertas, no entanto, este período especial, único, que marca o princípio de uma nova existência é, muitas vezes, vivido de uma forma pouco consciente e a um ritmo demasiado acelerado.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009) os Enfermeiros Especialistas são detentores de níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção. A ICM (2002) descreve as competências básicas essenciais para a prática do EESMOG que inclui “a prestação de cuidados à menina, à adolescente e à mulher adulta antes, durante e após a gravidez (...) assegura à mulher a supervisão necessária, os cuidados e o aconselhamento durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto.”

A experiência de vida de cada pessoa é importante para compreender quais os medos, as ansiedades e as expectativas relativamente à gravidez, parto, pós parto e à preparação para aquele momento tão importante da vida.

A maternidade deve ser algo de muito positivo e deve ser vivido pelo casal de forma intensa, não deixando que os medos “assombrem” este momento tão mágico.

A ICM (2002), na competência 3 refere que “as parteiras prestam cuidados ante natais de elevada qualidade, de forma a maximizar a saúde durante a gravidez...” Nesta competência está incluída a preparação para o trabalho de parto, parto e parentalidade.

O EESMOG tem um papel fundamental na preparação para o parto /nascimento. Esse papel tão importante também vem referido no parecer nº 44/2008 da OE quando refere que “ só os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica é reconhecida competência para ministrar o Curso de Preparação para o Parto.”

1.1 - Parentalidade Saudável

A experiência da gravidez, parto e puerpério é influenciada por um conjunto de valores que estão inerentes à personalidade, à cultura, às crenças e valores da mulher/casal.

A gravidez é um período, para os pais, de aprendizagem e crescimento que acaba por envolver toda a família. Durante o período gestacional ocorre a constante e gradual adaptação familiar, em que cada um dos seus membros se interroga, procurando o seu lugar, o seu papel, face ao novo membro. A partir do momento em que um indivíduo nasce, faz parte de uma família e como tal, vai ser influenciado e influenciador desse grupo. Para RELVAS e LOURENÇO (2001, p. 107) a família é definida como “um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de forma sistemática e organizada, interações particulares, que lhe conferem individualidade grupal e autonomia”. A OMS (1994) diz-nos que “ O conceito de família não deve ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família.” A família faz parte integrante da sociedade, é considerada a instituição mais antiga que se conhece, constitui a matriz do desenvolvimento da personalidade, da qual surgem os modos particulares de funcionamento de cada indivíduo como as crenças, valores, hábitos e ideias. Assim a família é o grupo para quem todos os esforços devem ser dirigidos, no sentido de constituir uma sociedade mais saudável, no entanto, cada família possui características específicas, que lhe confere a sua própria identidade. As mudanças demográficas e socioeconómicas que decorreram no último século afetaram o desenvolvimento da família, tanto na sua estrutura como nas suas funções e interação, temos verificado um aumento de famílias reconstituídas, de famílias monoparentais, famílias adotivas e mais recentemente começaram a surgir famílias de homossexuais e famílias comunitárias e esta realidade não pode passar despercebida. Com o aparecimento do primeiro filho instala-se na família uma hierarquia natural com os respetivos estatutos e níveis de poder e autoridade. Segundo RAMOS (2004, p.165) “ O conceito de vinculação é geralmente utilizado para descrever a relação afetiva e privilegiada que a criança estabelece com a mãe ou outra pessoa significativa nos primeiros anos de vida.” O processo de adaptação

e transição para a parentalidade é influenciado por todas estas mudanças a nível da estrutura e funcionamento familiar e também pelo comportamento de procura de cuidados de saúde e pelas relações com os profissionais de saúde. Durante o exercício da parentalidade, os pais contam com os recursos da própria família e da comunidade onde se encontram inseridos, tornar-se pais requer uma transição de novos papéis e responsabilidades. PALÁCIOS (2005, p.10) refere que “ A adição de um membro da família através do nascimento é um momento de transição e de destaque no ciclo de vida humano e familiar que altera os comportamentos, as relações e funções de pais e mães ” Sem dúvida que esta transição para a parentalidade não é fácil, diria mesmo que é uma das tarefas mais difíceis e desafiantes que um casal tem que enfrentar, necessitando de orientação e apoio por parte da equipa de saúde e é neste sentido que deveremos ser agentes dinamizadores através de programas de educação para a saúde, indo ao encontro das motivações e necessidades do casal/família e comunidade.

A parentalidade consiste numa temática que tem merecido a atenção de diferentes disciplinas, entre as quais se destaca a Enfermagem. Na versão 1.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2006, p.43), a parentalidade aparece descrita do seguinte modo: “Ação de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.”

CRUZ (2005, p.13) define parentalidade como sendo um: “conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade.” Assim a parentalidade requer competências (skills) de diversos tipos. Segundo LOPES e FERNANDES (2005) a parentalidade desenvolve-se por meio de quatro fases distintas. Inicia-se com a fase antecipativa, que ocorre durante a gravidez e que evidencia a experimentação do papel parental por parte dos pais, e das mudanças sociais e psicológicas intrínsecas ao processo. Segue-se a fase formal

que ocorre com o nascimento do bebé e o desempenho do papel parental, propriamente dito, segundo as expectativas dos outros. A fase informal desenvolve-se com base nessas expectativas e os pais desenvolvem a sua parentalidade de forma única, procurando adaptar-se às necessidades e exigências inatas à criança. A última fase ocorre quando os pais adquirem confiança e competência no desempenho do papel e da sua parentalidade, designando-se de fase de identidade do papel. Eu diria que estas fases estão interligadas e que a parentalidade não se inicia somente durante a gravidez, mas sim antes da concepção e que quando se fala em parentalidade saudável devemos pensar em vinculação. A vinculação desempenha um papel importante ao longo de toda a vida, sendo assim, a parentalidade não se inicia durante a gravidez, mas sim antes da gravidez, quando o casal começa a planejar a gravidez. Na segunda metade do século XX, multiplicaram-se estudos sobre a importância da relação de vinculação na primeira infância. A vinculação entre pais e bebé é iniciada antes do nascimento e segundo BRAZELTON e CRAMER (1989, p.17) para “compreendermos as interações «mais precoces» entre pais e filhos, temos de recuar um pouco e examinar essas relações ainda mais precoces.” A vivência de uma parentalidade saudável passa então pela aquisição de estilos de vida saudáveis como refere EDVARDSSON et al (2011) e por um planeamento da gravidez sendo sem dúvida um dos fatores decisivos para o bem-estar da grávida/casal, contribuindo para o estabelecimento da relação precoce, hoje entendida como de primordial importância para o desenvolvimento psicomotor e emocional da criança. Há estudos que evidenciam a importância de uma pessoa significativa que proporcione apoio emocional, como um dos fatores suscetíveis de influenciar a experiência de parto de uma mulher e consequentemente o seu funcionamento global como mãe e a sua interação com o bebé. As mães consideram ser um apoio importante, proporcionando sensação de segurança e conforto.

CREPALDI e MOTA (2005) citando Klaus e Kennell referem que os benefícios do apoio dado à mulher em trabalho de parto, vêm sendo comprovados em pesquisas ao longo dos últimos trinta anos, as quais demonstram que parturientes que recebem apoio emocional apresentam resultados perinatais mais positivos. BUDIN (2011) refere que a vivência de uma parentalidade saudável começa com o

planeamento da gravidez e participação ativa do pai e restante equipa multidisciplinar. Por sua vez BROTHERTON (2007) salienta que tornar-se pais significa mudanças em todos os níveis, quer familiar, social, emocional e afetivo e á que saber lidar com esta situação tão delicada. O mesmo autor salienta que uma união forte entre o casal é um grande contributo que os pais podem oferecer para o desenvolvimento emocional de uma criança. Partilho da mesma opinião, é importante haver estabilidade familiar e uma união forte, respeito e partilha entre o casal. As mães consideram a presença do seu companheiro uma importante referência emocional durante o trabalho de parto. O suporte que o pai oferece à mulher pode contribuir para a sua adaptação e vivências mais positivas no momento do nascimento. O período precoce a seguir ao nascimento é muito importante porque os laços afetivos antes do nascimento são frágeis e sujeitos a enfraquecerem caso não sejam reforçados.

A parentalidade é uma temática que tem sido abordada por vários autores, CRUZ (2005) descreve algumas funções entre elas a satisfação das necessidades mais básicas da criança como disponibilizar um mundo físico organizado e previsível, satisfazer as necessidades de afeto, confiança e segurança e necessidades de interação social.

Embora o conceito de Parentalidade ainda não se encontre totalmente e claramente definido, foram identificados três processos de parentalidade positiva, que segundo LOPES e FERNANDES (2005) são a consistência em comunicar, priorizar a família e a criança e satisfazer as necessidades da criança de forma congruente com as crenças e valores. A conciliação destes três fatores permitem depreender acerca da eficácia do processo de parentalidade de uma família. Na ausência de harmonia ao nível destes três fatores, a intervenção do enfermeiro torna-se primordial no sentido de estimular os pais a desenvolverem uma relação afetiva precoce com os seus filhos.

Cabe ao EESMOG encorajar os pais na gestão dos seus papéis enquanto cuidadores da criança, tendo sempre em conta as necessidades manifestadas pelos pais durante o processo de adaptação à parentalidade.

1.2 - Contributos do EESMOG

O apoio e acompanhamento à grávida/casal durante esta fase da vida e a preparação para a parentalidade, para debate de dúvidas ou aconselhamento, são extremamente importantes. O papel do EESMOG é fundamental na preparação para a parentalidade, atendendo a que é este que ajuda a grávida/ casal a lidar com a mudança e a transformação que o processo da gravidez desencadeia. A gravidez e o nascimento de um filho provocam alterações físicas, emocionais, sociais e familiares na mulher/casal, havendo a necessidade de um acompanhamento e preparação precoce, integral e continuado. Durante a vigilância pré-natal o EESMOG ocupa um lugar de destaque como educador com competências próprias reforçando a ideia de que o processo de educação para a saúde é uma relação entre enfermeiro/utente, de um constante feedback.

Podemos considerar a Educação para a Saúde como um processo de capacitação, participação e responsabilização dos utentes de maneira a que estes escolham adotar e manter estilos de vida saudáveis.

A Educação para a Saúde é um processo interativo no qual as populações alvo são participantes ativos e não beneficiários passivos. De acordo com FARIA (2003, p.100) “a atividade de promoção de saúde destina-se às pessoas que estão saudáveis e procura criar medidas comunitárias e individuais que possam ajudar a adoção de estilos de vida que permitam manter e realizar um estado de bem-estar”.

A Educação para a Saúde durante o período Pré-Natal, de acordo com a DGS (1991) abrange, “Aconselhamento sobre a importância da vigilância periódica. Regime alimentar (...) Importância dos suplementos de ferro e/ou vitaminas quando prescrito. Aumento de peso (...) Aconselhamento quanto a atividade física (...) Relações sexuais (...) Movimentos fetais (...) Preparação para a amamentação (...) Preparação do agregado familiar para o nascimento de um novo membro; (...) Preparação dos pais para a importância da vigilância da saúde da criança. Informação e motivação para o planeamento familiar. Informação sobre a necessidade da revisão do puerpério.”

Na Carta de Ottawa (1986), “ a promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável.”

O EESMOG tem um papel preponderante na promoção da saúde e na responsabilização da mulher/casal, família e comunidade de maneira a adotarem estilos de vida saudáveis, para isso deverá desenvolver estratégias de ensino, dispondo os seus conhecimentos teóricos e práticos de modo a transmiti-los. Baseando-me na minha experiência profissional e ao longo de todo o meu percurso formativo, constatei que o EESMOG encontra-se numa posição privilegiada para apoiar, o investimento afetivo inicial dos pais ao seu filho sendo este um fator determinante na qualidade dos cuidados prestados bem como no suporte emocional que lhes é proporcionado. MENDES (2002) refere a importância da intervenção do EESMOG no contexto dos cuidados de saúde primários, como elemento promotor da relação pais, filho e família, promovendo a auto estima, o envolvimento e a ligação ao feto. Algumas Intervenções simples podem ser importantes para tornar os pais mais sensíveis às capacidades únicas dos seus filhos.

COLLIÉRE (1999) refere que há acontecimentos que exigem recurso a uma ajuda exterior como o nascimento de um primeiro filho e que o campo de competência da enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa/família, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe.

GRAÇA, FIGUEIREDO e CARREIRA (2011) referem que são as enfermeiras, e particularmente as Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, os profissionais com formação específica na área e reconhecidos pelas populações.

Estabelecer uma relação de ajuda é essencial para que os cuidados de enfermagem sejam eficazes. Esta não vai resolver os problemas mas pelo contrário, a relação de ajuda vai capacitar o casal de forma a enfrentar os problemas e a passar por eles da melhor forma.

2 – QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA

O modelo concetual que orientou a prática de cuidados e que foi utilizado também na realização deste relatório foi o modelo teórico de Jean Watson. Em termos gerais o seu modelo fundamentou-se em correntes filosóficas como a fenomenologia, o existencialismo e as ciências humanas. O modelo baseia-se em pressupostos, conceitos e dez fatores de cuidados. Watson propõe uma filosofia e uma ciência de cuidados, refere que todas as atividades de enfermagem devem orientar-se para o processo de cuidar. Os objetivos da teoria de Watson encontram-se associados ao crescimento mental e espiritual do enfermeiro e do utente, que assenta na descoberta da própria existência e nas experiências vividas, que conduzem ao descobrimento do poder e do controlo intrínseco à pessoa, potencializando assim, o seu auto- processo de cura, direcionado à preservação da harmonia entre as esferas mente, corpo e alma, bem como à preservação da dignidade e integridade da humanidade ROCHA et al (2003).

À luz da autora escolhida o papel desempenhado pelo EESMOG tem por base uma relação transpessoal do cuidar e os fatores de cuidar. É através do desenvolvimento dos nossos próprios sentimentos que podemos verdadeiramente interagir com os outros, segundo a autora temos que estar em harmonia para cuidar dos outros. A autora escolhida salienta ainda a importância da pesquisa e solução sistemática do problema que é tido sempre em conta na educação para a saúde, nomeadamente na preparação para a parentalidade. Todas as intervenções de educação para a saúde realizadas ao casal vão proporcionar maior controle sobre a sua situação e sua própria saúde pois são fornecidas tanto a informação como as alternativas.

“As intervenções relacionadas com o processo de cuidar, requerem uma intenção, uma vontade, uma relação e ações. (...) O processo afirma a subjetividade das pessoas e leva a mudanças positivas de bem-estar dos outros, mas também permite que o enfermeiro beneficie e cresça. A combinação de intervenções pode ser referida como fatores de cuidar (...)” WATSON (2002,p.130)

A junção dos fatores do cuidar à ciência da enfermagem ajuda a compreender o significado que a grávida/ casal encontra na vida e desta forma ajudá-los a atingir a harmonia para quando chegar o momento do parto este ser disfrutado na sua plenitude como um momento único e vivenciado de uma forma positiva.

3 - METODOLOGIA

Este relatório reflete todo o percurso efetuado durante o Estágio com Relatório tendo em vista o desenvolvimento de competências como futura EESMOG. Começou pelas indecisões acerca do tema, o que levou a uma reflexão, de modo a dar resposta aos objetivos propostos. Tentei que o tema fosse ao encontro das minhas motivações, desejos, necessidades pessoais e profissionais e ter aplicabilidade prática, só assim se torna verdadeiramente interessante.

A fase metodológica ou metodologia, para FORTIN (2009) é a fase em que vamos precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que determinará as atividades conducentes à realização da investigação. É necessário que a análise reflexiva sobre a prática seja pertinente, coerente e que assente em bases científicas, de modo a puder adquirir e aprofundar conhecimentos através da reflexão, pesquisa bibliográfica, Revisão Sistemática da Literatura, da prestação direta de cuidados, da observação participante e de entrevistas informais com o EESMOG.

3.1 – Revisão Sistemática da Literatura

A Revisão Sistemática de Literatura surge atualmente como uma tendência emergente da necessidade de reunir dados para a tomada de decisão em saúde, num contexto global cada vez mais orientado para a prática baseada em evidências. Tem vindo a ser definida como “uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que é conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível” LOPES e FRACOLLI (2008, p.772).

Como ponto de partida para a Revisão Sistemática da Literatura foi formulada a seguinte questão em formato PICO: **“Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica à grávida/família que promovem a parentalidade saudável?”**

P	População	Grávida/Família
I	Intervenções	Intervenções do EESMOG
O	Resultados	Parentalidade saudável

A pesquisa foi realizada durante o mês de junho até 20 de julho de 2012, através do motor de busca EBSCO host e Biblioteca virtual em Saúde com acesso às bases de dados: CINAHL (*Plus with Full Text*), MEDLINE (*Plus with Full Text*) e LILACS utilizando e conjugando os termos retirados da questão PICOD. Por meio de pesquisa de operadores booleanos foram introduzidas as palavras-chave Midwifery Interventions, Childbirth, Healthy Parenthood e Parental Classes agrupando-as por AND. Os critérios de inclusão para a seleção de artigos encontrados na pesquisa foram: disponibilidade em texto completo; escritos em português, inglês ou espanhol e realizados entre 2007 e 2011. Foram também incluídos estudos científicos resultantes de teses de mestrado ou outros estudos académicos bem como a consulta presencial em biblioteca, consultei também peritos na área da preparação para a parentalidade. As palavras-chave foram procuradas com a seguinte orientação: [(“Parental” AND “Classes” AND “Childbirth”), (“Midwifery” AND “Childbirth” AND “Interventions”), (“Midwifery” AND “Parenthood”), (“Parenthood” AND “Healthy”)] Obteve-se um total de 70 artigos que foram analisados, tendo sido selecionados 7 artigos. Os restantes artigos foram excluídos por a linha de orientação não estar em consonância com a problemática em questão, ou não se encontrarem em acesso gratuito e repetidos nas bases de dados. Os estudos selecionados que constituíram a base para a Revisão Sistemática da Literatura serão apresentados em apêndice (Apêndice I)

3.2 – Análise e discussão dos estudos selecionados

Tendo por base os sete artigos selecionados na Revisão Sistemática da Literatura, foram também incluídos na análise e discussão dos estudos selecionados, estudos científicos resultantes de teses de mestrado ou outros estudos académicos bem como a consulta presencial em biblioteca.

A vida de uma Pessoa é, em todos os aspetos que a caracterizam (aspetos fisiológicos, psicológicos, sociais, espirituais, etc.), constituída por uma sucessão de diferentes fases. Essa evolução contínua é, portanto, marcada por mudanças mais ou menos significativas, que ocorrem principalmente nos períodos de transição entre uma fase e outra, os quais são muitas vezes vividos de forma crítica. Na família a evolução processa-se da mesma forma: “a família muda para poder manter-se, o

que supõe a importância do ciclo evolutivo familiar, traduzido no caminho que esta percorre desde que nasce até que morre (...) e que a conduz ao longo de diversas etapas associadas a diferentes tarefas de desenvolvimento na interface indivíduo/grupo”. RELVAS e LOURENÇO (2001, p.107).

Muitos autores, de diversas áreas académicas, estudaram a família desenvolvendo teorias que forneceram diferentes perspetivas de avaliação familiar. Apesar da família ser uma instituição universal esta é a unidade básica de interação social onde se definem diferentes papéis e funções. As mudanças demográficas e socioeconómicas que decorreram no último século afetaram o desenvolvimento da família, tanto na sua estrutura como nas suas funções e interação. Na sequência destas mudanças e com o emergir de diversas formas de estrutura familiar existe uma dificuldade crescente em definir este conceito social. Segundo LOWDERMILK (2006) a família é uma das instituições mais importantes da sociedade, é tradicionalmente vista como principal unidade de socialização, preservando e transmitindo a cultura. A partir do momento em que um indivíduo nasce, faz parte de uma família e como tal, vai ser influenciado e influenciador desse grupo. Para RELVAS e LOURENÇO (2001, p. 107) pode definir-se como “um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de forma sistemática e organizada, interações particulares, que lhe conferem individualidade grupal e autonomia”. Os processos de adaptação aos acontecimentos de vida constituem-se como foco de atenção de Enfermagem e o processo de adaptação e transição para a parentalidade é influenciado também pela estrutura e funcionamento familiar, o comportamento de procura de cuidados de saúde e as relações com os profissionais. Durante o exercício da parentalidade, os pais contam com os recursos da própria família e da comunidade onde se encontram inseridos, mas esta transição para a parentalidade não é fácil, segundo BROTHERTON (2007) a parentalidade pode muito bem ser o trabalho mais difícil que alguma pessoa já teve. A transição para a parentalidade é uma das fases da vida mais significativas que um casal pode experimentar. Estudos revelam que é preciso um trabalho de equipa para que a grávida/casal viva uma parentalidade saudável. BUDIN (2011) no seu artigo refere que é preciso uma equipa multidisciplinar que inclua o casal e pessoas significativas para planear cuidadosamente a gravidez de maneira a prepararem-se para um parto seguro,

saudável e satisfatório. Segundo CANAVARRO (2001) existem sete tarefas desenvolvimentais da parentalidade, aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, reavaliar e reestruturar a relação com os pais, reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro, aceitar o bebé como pessoa separada, reavaliar e reestruturar a sua própria identidade e reavaliar e reestruturar a relação com os outros filhos. Estas tarefas desenvolvimentais não possuem uma correspondência linear, pois podem sobrepor-se, variando de pessoa para pessoa. Para além de todas estas tarefas de desenvolvimento da parentalidade, EDVARDSSON et al (2011) concluíram no seu estudo que a perceção sobre os riscos para a saúde do futuro bebé parecem ser o estímulo para a mudança de estilos de vida saudáveis dos pais antes e durante a gravidez. A vivência de uma parentalidade saudável passa então pela aquisição de estilos de vida saudáveis e por um planeamento da gravidez sendo sem dúvida um dos fatores decisivos para o bem-estar da grávida/casal, contribuindo para o estabelecimento da relação precoce, hoje entendida como de primordial importância para o desenvolvimento psicomotor e emocional da criança. No entanto CANAVARRO (2001, p.38) refere que “Independentemente do desejo e/ou planeamento da gravidez, o reconhecimento que a conceção ocorreu, faz com que numa fase inicial, a mulher se sinta ambivalente entre o receio e o desejo da gravidez”. Para ultrapassar esta ambivalência o apoio dos familiares mais próximos é fundamental assim como dos profissionais de saúde. Os programas de preparação para a parentalidade apresentam uma oportunidade significativa para os pais tomarem consciência da importância da aquisição de estilos de vida saudáveis e para estabelecerem bases no sentido de desenvolverem capacidades para lidarem com as exigências do seu novo papel, WIENER e ROGERS (2008) no seu estudo referem que programas de preparação para a parentalidade durante o período pré natal tem um potencial para melhorar a capacidade dos pais para lidarem com essas exigências, no entanto concluem que há necessidade urgente de avaliar as intervenções dos profissionais durante a gravidez e no período pós-natal que pode promover positivamente as relações entre pais e filhos. Os mesmos autores salientam que os profissionais envolvidos devem ser preparados adequadamente para que os pais sejam ajudados durante a transição para a parentalidade. O EESMOG sem dúvida que é o profissional com formação adequada nesta área, ideia

que é reforçada por GRAÇA, FIGUEIREDO e CARREIRA (2011) quando salientam que os especialistas em saúde materna e obstétrica são recursos diferenciados, com formação específica na área e reconhecidos pelas populações.

Uma parentalidade saudável passa pela adoção de estilos de vida saudáveis, pelo planeamento da gravidez, recurso a programas de preparação para a parentalidade e a presença de pessoal diferenciado na prestação de cuidados durante os quatro estádios do trabalho de parto. BOJO, LARSSON e LORD (2008) referem que as mulheres relatam a importância das parteiras e a informação por elas transmitida durante os quatro estádios do trabalho de parto como sendo mais importante que os métodos farmacológicos de alívio da dor. Para além de todos estes aspetos importantes para uma parentalidade saudável, há que ter em conta também o relacionamento conjugal do casal que sofre alterações durante esta fase da vida de ambos. É importante saber lidar com esta situação tão delicada como nos diz BROTHERTON (2007) salientando a ideia quando menciona no seu artigo que a transição para a parentalidade traz tensões comuns e que homens e mulheres podem desenvolver perceções diferentes do que significa a transição para a parentalidade e isso pode de certa forma ameaçar a qualidade e estabilidade da relação. A grávida/casal vivenciam uma nova experiência nas suas vidas, um novo momento em que ocorrem transformações psicossociais, emocionais, culturais, mudança de estilos de vida e de papéis e sem dúvida que o EESMOG tem um papel relevante em todo este processo. SANTOS, ZELLERKRAUT e OLIVEIRA (2008) partilham da mesma opinião quando concluem no seu estudo que os profissionais que orientam as grávidas nos cursos de preparação para a parentalidade ajudam a aliviar a ansiedade, superar dúvidas e temores, aumentar a segurança e auto confiança em relação ao parto e ao relacionamento com o bebé.

4- COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Como mencionado anteriormente a elaboração de presente relatório tem também como objetivo apresentar e analisar todo um percurso de aprendizagem, que permitiu o desenvolvimento de competências, para a prática de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, baseada em objetivos concretos, que me propus alcançar e que foram delineados na Unidade Curricular de Opção (apêndice II), possibilitando uma reflexão sobre a prática tendo sempre em conta as linhas orientadoras do Plano de Estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

4.1 – Contextualização do Estágio com Relatório

A Unidade Curricular Estágio com Relatório decorreu no Bloco de Partos de um Hospital da região sul do país e teve a duração de 20 semanas com início a 18 de fevereiro e termino a 12 de julho, num total de 750 horas, sendo 500 de estágio, 25 de orientação tutorial e as restantes horas de trabalho autónomo. A orientação pedagógica foi feita pela professora Irene Soares, Docente da ESEL.

De acordo com o Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e o preconizado no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da OE (2011), delineou-se como objetivo geral para a Unidade Curricular - Estágio com Relatório:

- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permita prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido, pessoa significativa, inseridos numa família e comunidade, de forma a potenciar a saúde, detetar e tratar precocemente complicações e a promover o bem-estar no âmbito ginecológico, pré-natal, trabalho de parto e puerpério imediato, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Durante a Unidade Curricular Estágio com Relatório tive sempre presentes os objetivos para este estágio, procurando desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais que me permitissem prestar cuidados de excelência à

mulher/recém-nascido/família, como preconizado no Plano de Estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

4.1.1- Breve caracterização do local de estágio

O Estágio com Relatório desenvolveu-se no Bloco de Partos de um Hospital da região sul. Para além do Bloco de Partos, o local de estágio tem Urgência Obstétrica e Ginecológica e Internamento grávidas de curta duração, permitindo o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido, pessoa significativa, inseridos numa família e comunidade, de forma a potenciar a saúde, detetar e tratar precocemente complicações e a promover o bem-estar no âmbito ginecológico, pré-natal, trabalho de parto e puerpério imediato, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

A missão do Bloco de Partos é garantir um atendimento de qualidade e segurança na prestação de cuidados obstétricos à mãe do feto ou recém-nascido, privilegiando sempre o trabalho pluridisciplinar e interdisciplinar da equipa e as relações interpessoais.

Os objetivos da equipa de enfermagem, passam sobretudo, por fomentar o parto natural, a autonomia da mulher/família na tomada de decisão, possibilitando e defendendo uma prática de cuidados segura, que garanta o bem-estar materno-fetal, sem recurso a técnicas desnecessárias e invasivas.

4.2- Análise dos objetivos

A temática que desenvolvi ao longo do meu percurso académico possibilitou-me adquirir competências, traçando objetivos, planeando e executando atividades nos diferentes contextos de cuidados, proporcionando grandes momentos de aprendizagem e crescimento quer a nível pessoal quer a nível profissional. De forma a dar cumprimento aos indicadores de avaliação para a Unidade Curricular Estágio com Relatório, em contexto de Bloco de Partos, foi essencial definir os objetivos individuais de aprendizagem e as atividades planeadas para os alcançar, baseadas no regulamento de Competências Específicas para o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, definidas pela OE, e publicado no Diário da República,

2º série, N º35 de 18 de Fevereiro de 2011, regulamento 127/ 2011, (anexo I) bem como nas competências definidas pelo ICM.

Objetivo 1

Desenvolver capacidades de análise e reflexão sobre os objetivos e atividades desenvolvidas ao longo dos Ensinos Clínicos e Estágio com Relatório para a aquisição de competências no cuidado de enfermagem especializado no âmbito da saúde materna e obstétrica.

A pesquisa bibliográfica, a Revisão Sistemática da Literatura, a atualização de conhecimentos, as experiências que proporcionaram momentos de aprendizagem ao longo dos Ensinos Clínicos e Estágio com Relatório, assim como os momentos de reflexão foram fazendo parte integrante deste longo percurso. Uma das formas mais seguras para a aquisição de saberes em enfermagem é a reflexão contínua sobre a prática, sobre o nosso dia-a-dia como profissionais e sobre o porquê da tomada de cada decisão, só assim podemos consolidar saberes e potenciar a aprendizagem. A reflexão contínua sobre a prática foi uma constante ao longo do Estágio com Relatório e tive a oportunidade de colaborar num Estudo Caso sobre descolamento prematuro da placenta e rotura uterina, situação essa que ocorreu num dos turnos em que eu estava presente e deixou-me apreensiva e pensativa, proporcionando momentos de reflexão. Em obstetrícia nada é linear, há que ter em atenção a todos os sinais e sintomas referidos pela parturiente e nesta situação em particular todos os segundos foram preciosos. (Apêndice III)

Os diários de aprendizagem realizados ao longo do Estágio com Relatório (Apêndice IV), construíram um espaço para reflexão, individualizada, de acontecimentos, vivenciados em contexto de estágio. É importante também mencionar o quanto as reuniões informais com a docente orientadora e com a orientadora do local de estágio foram marcantes no sentido de proporcionaram grandes momentos de reflexão. A elaboração das auto avaliações, assim como as análises das práticas na ESEL foram momentos de reflexão importantes para a aquisição de competências. De acordo com PEREIRA (2001,p.13) ” a reflexão é um processo chave para aprender em situação”. Refletir é mais do que descrever situações ou experiências vividas no dia-a-dia, é interiorizar estratégias de autorregulação para um

desempenho cada vez mais eficaz e com maior satisfação, levando assim a um crescimento pessoal e profissional.

Objetivo 2

Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, família, durante o período pré-natal que recorrem ao serviço de Urgência Obstétrica.

No Estágio com Relatório foi possível desenvolver competências ao nível dos cuidados de enfermagem especializados à mulher/família durante o período pré-natal, em contexto de urgência, patologia da grávida ou trabalho de parto. Na Urgência Obstétrica prestei cuidados especializados a mais de 60 grávidas/famílias com desvios ao padrão normal de gravidez, sendo também o primeiro contacto que se estabelece com as grávidas em início de trabalho de parto. Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família no período pré-natal, na Urgência Obstétrica, foi um grande desafio, mas que facilmente o superei. Considero que trabalhar na Urgência Obstétrica é muito cansativo quer a nível físico, quer a nível psicológico, pois deparamo-nos com muitas situações em que a vida e a morte estão separadas por uma linha muito fina e que a nossa intervenção é fundamental. A riqueza de experiências, e o apoio da equipa de enfermagem onde estava integrada revelou-se fundamental para a minha prestação de cuidados especializados, possibilitando assim a aquisição de competências. Neste sentido a OE (2011) defende que a intervenção do EESMOG, no período pré-natal, passa pela capacidade de desenvolver três níveis de competência: promover a saúde da mulher durante o período pré-natal, diagnosticar precocemente e prevenir complicações. Neste sentido planeei e realizei atividades para alcançar este objetivo, atividades essas que passaram pela observação da conduta do enfermeiro na assistência à grávida/família em situação de risco materno-fetal, acolhimento da grávida/família no Serviço de Urgência Obstétrica criando um ambiente de empatia e segurança, interpretação e avaliação dos diferentes instrumentos de informação presentes no processo clínico e boletim de saúde da grávida, identificação e monitorização da saúde materno-fetal, mobilizando os meios clínicos e técnicos adequados (avaliação e interpretação do traçado cardiotocográfico, auscultação dos batimentos cardíacos fetais, tocograma, avaliação dos parâmetros vitais), tendo sido efetuados mais

de 100 exames pré-natais, colaboração com outros profissionais de saúde na realização de exames complementares de diagnóstico, administração de terapêutica quando prescrita, nunca esquecendo que cada pessoa é única e que é importante promover uma relação terapêutica, mostrar disponibilidade para ouvir, utilizar uma linguagem adequada ao nível sociocultural de modo a estabelecer e manter a comunicação e respeitar as decisões e diferenças culturais, sem nunca esquecer a elaboração de registos de enfermagem para assegurar a continuidade dos cuidados. Nas diferentes experiências que tive em contexto de urgência, no cuidar à mulher grávida inserida na família, realizei educação para a saúde de acordo com os problemas detetados e as necessidades do casal, nomeadamente ao nível dos sinais de alerta, e quais os procedimentos a adotar, aleitamento materno e estilos de vida saudáveis. Considero que o objetivo traçado no início deste percurso, foi alcançado com êxito.

Objetivo 3

Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido, família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto.

O estágio no bloco de partos proporcionou-me grandes momentos de aprendizagem, fiquei satisfeita com a minha evolução em termos de aquisição de competências técnico-científicas e relacionais para o cuidado especializado à mulher, recém-nascido, família durante os diferentes estádios do trabalho de parto, embora tenha consciência que poderia ter corrido melhor. Nem sempre as coisas correm como nós idealizamos e por motivos intrínsecos ou extrínsecos a nós todo um percurso de aprendizagem pode ser afetado. Ultrapassei muitos medos e ansiedades que me dificultavam e me impediam de agir perante situações como a presença de circulares cervicais. Mudei muito não só na minha maneira de agir e de pensar em termos profissionais, mas também como pessoa. A integração e adaptação à unidade decorreram sem intercorrências e de forma muito agradável, dada a disponibilidade e simpatia da equipa multidisciplinar onde fiquei inserida. O desenvolvimento e aquisição de novas competências técnico-científicas no cuidado especializado durante os quatro estádios do trabalho de parto foram aperfeiçoados durante todo o Estágio com Relatório, houve uma evolução positiva em termos de

autonomia e destreza manual. Tomei decisões perante determinadas situações e analisei essas situações com a enfermeira orientadora.

O estágio é uma das componentes da formação prática, que se rege por requisitos preconizados nas diretivas da União Europeia. Neste sentido, de forma a dar cumprimento às orientações fornecidas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, bem como as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2011), desenvolvi um conjunto de atividades que visam cuidar da mulher/família durante os quatro estádios do trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra uterina.

Realizei o acolhimento à parturiente/acompanhante, estabelecendo uma relação de confiança, demonstrando disponibilidade, empatia e escuta ativa, num ambiente privado e tranquilo, visando o conforto e bem-estar da parturiente e pessoa significativa. Após este procedimento realizei a colheita de dados, e a deteção das necessidades da parturiente, bem como das suas expetativas, desejos e experiências anteriores em relação à gravidez e parto. Possibilitei apoio contínuo da pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto e verifiquei que é de extrema importância para a parturiente a presença da pessoa significativa. Não posso deixar de salientar, como este contexto de aprendizagem é precursor de práticas promotoras do parto natural, onde é possível a permanência e participação ativa da pessoa significativa ao longo do trabalho de parto e parto.

A utilização de medidas não farmacológicas no controle da dor, nomeadamente, hidroterapia, massagem, liberdade de movimentos, posições, musicoterapia e aromaterapia também é prática comum na instituição onde realizei o Estágio com Relatório, pelo que tornou-se uma mais-valia no desenvolvimento de competências. Todas as parturientes/acompanhantes eram informados sobre os benefícios destes métodos não farmacológicos para controle da dor. Nestas situações é primordial a educação para a saúde, referida como competência essencial do EESMOG pela ICM (2002,p.8) “usar técnicas de aconselhamento e educação para a saúde de forma apropriada”. Ao longo do estágio com relatório demonstrei disponibilidade junto da mulher/grávida/família, desenvolvendo técnicas de comunicação e de relação de ajuda, contribuindo assim para cuidados especializados, personalizados

e de excelência sempre numa perspetiva de educação para a saúde. A Educação para a Saúde é um processo interativo no qual as populações alvo são participantes ativos e não beneficiários passivos. De acordo com FARIA (2003, p.100) “a atividade de promoção de saúde destina-se às pessoas que estão saudáveis e procura criar medidas comunitárias e individuais que possam ajudar a adoção de estilos de vida que permitam manter e realizar um estado de bem-estar”.

A escuta ativa de expectativas e desejos, a promoção do envolvimento do acompanhante, o suporte emocional e o acompanhamento permanente da parturiente foram essenciais em todas as fases do trabalho de parto estabelecendo uma relação de ajuda. LAZURE (1994, p.14) refere que a relação de ajuda “ (...) engloba não só a presença física do enfermeiro junto do doente mas também todo o seu ser”. Quando estamos em relação de ajuda há todo um envolvimento e devemos acima de tudo compreender o outro. Ao planearmos os nossos cuidados temos que ter a noção de que aquela parturiente é única e que tem as suas próprias vivências, que devemos respeitar. “Respeitar-se é acreditar que somos seres únicos capazes de decidir o que é melhor para nós...respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeira consideração por aquilo que ele é...” LAZURE (1994, p.51). Foram muito gratificantes todos estes momentos em que pude acompanhar estas parturientes, permitindo assim desenvolver competências relacionais e aperfeiçoando a utilização das técnicas de comunicação para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Desenvolvi competências técnico-científicas no cuidado especializado à parturiente e acompanhante, nomeadamente na avaliação do bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados, através da interpretação do traçado cardiotocográfico, da deteção precoce de sinais de alerta e referenciação à equipa multidisciplinar das situações para além da minha área de atuação. Procedi à monitorização do trabalho de parto e respetivo registo no partograma, bem como avaliação da estrutura pélvica e cercicometria. Senti muita dificuldade na avaliação e interpretação da cervicometria, da bacia materna e da estática fetal, procedimentos que representaram um grande desafio para mim, pois comportam uma vertente técnica, que fui aperfeiçoando ao longo das diferentes experiências de aprendizagem, pelo que o seu aperfeiçoamento foi notório ao longo de todo o

percurso, dando resposta ao critério de avaliação da Competência 3 da OE (2010, p.5) onde refere que o EESMOG “avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto”.

Ao longo do estágio, a aplicação de “técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” OE (2010, p.5) foi a atividade mais esperada com grande ansiedade pois é a fase mais emotiva do trabalho de parto. Senti uma grande alegria e um turbilhão de emoções que não consigo descrever, por ter tido a oportunidade de partilhar este momento tão importante na vida destas mulheres/acompanhantes. É uma grande responsabilidade, pois fazer partos qualquer pessoa faz, saber detetar as situações precocemente, agir de imediato e chamar outros profissionais quando a situação está fora da sua área de atuação é o que distingue o EESMOG dos outros profissionais. Estas mulheres entregam nas nossas mãos as suas vidas e dos seus filhos, confiando plenamente nos cuidados que lhes são prestados. Realizei 40 partos eutócicos sob a supervisão da EESMOG orientadora e para além dos 40 partos realizados pude colaborar e apoiar em mais de 10 partos, que por diferentes razões foram distócicos (incompatibilidade feto-pélvica, sofrimento fetal, paragem na progressão do trabalho de parto, entre outros), tendo nestes casos sido maioritariamente utilizada a ventosa. Também assisti a partos por cesariana em que recebi o recém-nascido e prestei os cuidados imediatos. Considero que a partilha deste momento único na vida da mulher e pessoa significativa superou todas as minhas expectativas, a intensidade das emoções reporta-nos para uma experiência profissional e pessoal de um valor incalculável, a relação estabelecida com algumas parturientes foi extraordinária e houve situações em que senti que os meus cuidados fizeram a diferença naquele momento tão significativo na vida daquelas mulheres e acompanhantes (Apêndice V)

Em todos os partos que realizei tentei sempre promover a vinculação precoce, o corte do cordão umbilical pelo acompanhante e o contacto pele-a-pele logo após o parto.

Dos 40 partos realizados, foi necessário proceder a 20 episiorrafias, e 10 reparações do canal de parto, que resultaram de lacerações de 1º ou 2º. Grau, este foi sem dúvida, dos procedimentos técnicos, que foi notório a evolução em termos positivos, tornando-se num desafio que consegui superar com alguma facilidade. Houve

algumas situações em que não me foi possível completar a reparação do canal de parto, devido à complexidade dos danos ou pela fragilidade dos tecidos, tendo referenciado a situação, seguindo o que está preconizado pela OE (2010, p.5) quando refere que o EESMOG “ avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação”.

Na prestação de cuidados especializados à parturiente durante o terceiro e quarto estágio de trabalho de parto, tentei promover um ambiente calmo de forma a proporcionar uma vivência positiva daqueles momentos únicos depois do parto. Aquando da dequitação proporcionei uma orientação à parturiente antecipada, sobre os acontecimentos. No quarto estágio do trabalho de parto procurei aproveitar todas as oportunidades para informar, instruir e capacitar a mulher/ acompanhante, de forma a promover o desenvolvimento de competências na transição para a parentalidade. A promoção da vinculação e do aleitamento materno foram os pontos-chave para promover e potenciar o desenvolvimento de competências parentais. A avaliação da involução uterina, características das perdas hemáticas, também foram aspetos a ter em consideração no quarto estágio do trabalho de parto, procurando sempre informar a puérpera dos sinais e sintomas de risco no puerpério e a avaliação e verificação da formação do globo de segurança de Pinard de forma a promover a auto-vigilância, sempre numa perspetiva de educação para a saúde. Outro aspeto que eu considerei de extrema importância foi o facto de sempre que possível saber informações acerca das puérperas que eu tinha acompanhado e realizado o parto, no sentido de obter informações acerca da episiorrafia e de outros aspetos igualmente importantes como a involução uterina, os lóquios, a relação com o recém-nascido. Outro aspeto que é de realçar são os registos de enfermagem de modo a dar continuidade aos cuidados e dar visibilidade aos mesmos. No bloco de partos onde realizei o estágio não registam as notas de enfermagem em suporte informático, pois não havia possibilidade de registar todos os acontecimentos e procedimentos em tempo útil em suporte informático e em obstetrícia tudo tem que ser registado pormenorizadamente.

Embora tenha realizado apenas 40 partos, tive a possibilidade de acompanhar muitas parturientes e pessoa significativa durante o trabalho de parto. Fiz mais de 60

conduções trabalho de parto e é muito gratificante conseguir estabelecer uma relação de ajuda com estas parturientes e seus acompanhantes e sentir que fazemos parte daquele momento tão especial. FRELLO e CARRARO (2010), no seu artigo referem que o cuidado de enfermagem “é imprescindível nos momentos que antecedem o parto e durante o nascimento do bebé já que o estado emocional da parturiente muitas vezes se mostra extremamente sensível e vulnerável às condições apresentadas pelo ambiente e pelas relações com as pessoas ao seu redor.” É na sala de partos que a parturiente procura nas enfermeiras a ajuda que necessita para que tudo termine na melhor forma. A relação de ajuda é importante, mas esta relação só é eficaz quando se estabelece uma boa relação no momento do encontro. Ao planearmos os nossos cuidados temos que ter a noção de que aquela parturiente é única e que tem as suas próprias vivências, que devemos respeitar. As conduções de trabalho de parto requerem muito de nós, muitas competências técnico-científicas e relacionais em simultâneo, é muito desgastante mas compensatório, pois verificamos que o nosso esforço e dedicação foram valorizados pela parturiente. Por vezes sentia-me frustrada, pois algumas conduções resultaram em partos distócicos, o que me levava a refletir sobre tudo o que tinha ocorrido durante a condução do trabalho de parto. FERNANDES (2007) identifica como importante fonte de conflito emocional para os estudantes o medo de errar e causar sofrimento na execução de intervenções técnicas. Muitas vezes este medo dominava-me...

Não posso deixar de salientar que este campo de estágio foi muito enriquecedor em termos da promoção do parto natural. A conduta dos EESMOG, no Bloco de Partos visa promover o parto natural, reduzir os procedimentos invasivos e desnecessários durante o trabalho de parto, potenciando e salvaguardando a saúde e segurança da mulher/recém-nascido, promovendo a autonomia da mulher durante o seu trabalho de parto. Os princípios que orientam a prática do EESMOG no Bloco de Partos onde estagiei passa por considerarem a gravidez e o parto acontecimentos naturais e fisiológicos na vida da maioria das mulheres. Uma das estratégias utilizadas para promover o parto fisiológico é a imersão na água durante o trabalho de parto e a realização do parto na água. É o único Hospital público onde é oferecida às grávidas a possibilidade de optarem pelo parto na água. Estas grávidas/casais devem reunir

as seguintes condições (gravidez de termo, vigiada, sem risco ou de baixo risco, decisão do casal para realizar este tipo de parto e estar em fase ativa do trabalho de parto), devem também ter preparação para o parto terrestre e aquático. Tive a possibilidade de assistir a dois partos na água e a algumas imersões, foram momentos indescritíveis, uma sensação única, não havia stress, nem confusão, havia um ambiente acolhedor, calmo, descontraído, natural... foi possível observar o comportamento da parturiente e todo o percurso do trabalho de parto de forma natural, os sinais sugestivos da aproximação do parto sem haver a necessidade do toque vaginal ou outras técnicas invasivas, foi uma experiência única que este campo de estágio me proporcionou.

Objetivo 4

Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido na adaptação à vida extra-uterina.

O desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido na adaptação à vida extra-uterina foi um objetivo a atingir ao longo do Estágio com Relatório. Para a concretização deste objetivo foram realizadas várias atividades. A intervenção do EESMOG pretende promover a saúde do recém-nascido no período pós natal. Segundo o ICM (2011) o EESMOG “presta cuidados de elevada qualidade, culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos”.

Nos 40 partos eutócicos realizados, apenas em 2 partos não foi possível fazer o contacto pele-a-pele entre mãe e recém-nascido por recusa da mãe. Promovi o aleitamento materno, aplicando medidas de suporte e apoio à puérpera, para a amamentação na primeira hora de vida, realizei educação para a saúde sobre os cuidados ao recém-nascido e vinculação. Sempre que havia oportunidade e não realizava o parto procurei ser a enfermeira responsável pelos cuidados imediatos ao recém-nascido. A prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido (secagem e limpeza da pele, estimulação tátil, aquecimento, desobstrução das vias aéreas, administração de vitamina K, observação física do recém-nascido, avaliação do peso), foi realizada sem dificuldades. Todos os recém-nascidos em que prestei os cuidados imediatos nasceram com índice de Apgar ao 1º minuto entre 7 e 10,

revertendo facilmente com estimulação táctil e ao 5º minuto com índice de apgar entre 9 e 10, pelo que não tive oportunidade de prestar cuidados especializados ao recém-nascido em paragem cardio-respiratória, não desenvolvendo competências técnicas no âmbito da reanimação neonatal. Tive sempre a preocupação de verificar o funcionamento de todos os equipamentos antes do nascimento, preparando a unidade, registar a hora do nascimento e avaliar o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos de vida, assegurando “a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte à vida extra-uterina” OE (2010, p.5). Foram prestados cuidados especializados a mais de 100 recém-nascidos ao longo dos Ensinos Clínicos e Estágio com Relatório.

O Ensino Clínico V, em contexto neonatal que decorreu na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) de um Hospital da região sul do país do dia 4 ao dia 9 março de 2013, também possibilitou-me desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido na adaptação à vida extra uterina, nomeadamente na área de Enfermagem Neonatal. (Apêndice VI)

O nascimento de uma criança prematura ou com patologia associada é sempre traumatizante e gerador de instabilidade no seio da família. Para os enfermeiros que prestam cuidados a estes recém-nascidos/famílias também não é fácil e muitas vezes deparam-se com situações onde as emoções falam mais alto e gerir todos estes sentimentos foi um grande desafio. Foi uma semana de observação participante e o que senti no primeiro dia deste Ensino Clínico, pode-se descrever como um turbilhão de emoções e uma enorme carga emocional, em que o domínio dos procedimentos técnicos revelou-se importante no cuidar o recém-nascido/família, mas o factor determinante na prestação de cuidados, foi sem dúvida a relação de suporte que se estabeleceu com a família. Estar disponível, saber ouvir, compreender os medos e dificuldades dos pais, que por vezes mostram alguma agressividade nas suas palavras e comportamentos, é também parte do desafio de cuidar destes pequenos bebés, pois estes não existem sem os seus pais, nem cuidamos deles, sem cuidar também dos seus pais, apoiando-os nos momentos difíceis e transformando as pequenas coisas do dia-a-dia em grandes momentos de vitória.

A experiência de aprendizagem, que decorreu na Unidade de Neonatologia, foi uma mais-valia para o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados ao recém-nascido com problemas de saúde.

É importante os cuidados pré concecionais e posteriormente uma gravidez vigiada afim de detetar precocemente e prevenir complicações, de forma a minimizar os riscos para o futuro bebé, se mesmo assim o internamento do recém-nascido numa Unidade de Neonatologia for inevitável, o apoio emocional aos pais/família, a relação de ajuda e informação clara e pertinente são essenciais para minimizar o sofrimento destes pais/família e recém-nascidos, dando cumprimento à Competência nº 2 descrita pela ICM (2011) onde refere que o EESMOG “Ministra educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva”.

Objetivo 5

Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, família que recorre ao serviço de Urgência Ginecológica a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

No serviço onde realizei o Estágio com Relatório é um serviço com Bloco de Partos, Urgência Obstétrica e Ginecológica e internamento de mulheres com patologia da gravidez, onde tive oportunidade de passar pelos vários serviços e prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família que recorre ao serviço de Urgência Ginecológica a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. Prestei cuidados a mais de 40 mulheres/famílias que passaram por processos de saúde/doença do foro ginecológico, sendo as patologias mais frequentes infeções por fungos, nomeadamente as candidíases. Desenvolvi atividades no sentido de concretizar o objetivo a que me propôs, atividades essas que passaram pela orientação para a promoção da saúde e prevenção da doença, pela informação sobre sinais e sintomas de risco, medidas a adotar para minimizar as queixas e a sintomatologia, sempre numa perspetiva de educação para a saúde. A realização dos registos de enfermagem para promover a continuidade dos cuidados foi um aspeto a não esquecer.

Objetivo 6

Desenvolver competências no âmbito da preparação para a parentalidade às mulheres/famílias durante o período pré-natal, natal e pós natal imediato.

Da análise dos estudos já apresentados no decorrer deste relatório, constatei que uma parentalidade saudável passa pela adoção de estilos de vida saudáveis, pelo planeamento da gravidez, recurso a programas de preparação para a parentalidade e a presença de pessoal diferenciado na prestação de cuidados durante os quatro estádios do trabalho de parto. BOJO, LARSSON e LORD (2008) referem que as mulheres relatam a importância das parteiras e a informação por elas transmitida durante os quatro estádios do trabalho de parto como sendo mais importante que os métodos farmacológicos de alívio da dor. A gravidez é uma verdadeira viagem para a mulher/casal e toda a família, cabe ao EESMOG, permitir ao casal viver este processo de uma forma informada, consciente e apoiada.

Para atingir as competências inerentes a este objetivo, iniciei noutros Ensinos Clínicos algumas atividades, nomeadamente no Ensino Clínico IV (grávida/casal em situação de risco materno-fetal) onde realizei uma sessão de Educação para a Saúde sobre Preparação para a Parentalidade e Vinculação pré natal às grávidas/família em contexto hospitalar (Apêndice VII) e foi muito gratificante e desafiante porque estas grávidas/família estão a passar por momentos difíceis e dolorosos das suas vidas e por vezes têm receio de criar laços fortes com o feto, acabando por esquecer um pouco aquele ser que elas transportam dentro delas. Esta sessão facilitou o aparecimento daquela luz ao fundo do túnel... afinal o bebé também sente o que a mãe está a sentir. Se a mãe estiver angustiada e triste, transmite esses sentimentos ao bebé. A gravidez é um momento único para comunicar com o bebé e estabelecer um elo de ligação forte e duradouro. No final da sessão foi entregue um pequeno questionário com perguntas mistas às grávidas que participaram e é de salientar que a sessão foi de grande interesse para estas grávidas e pude de certa forma perceber a perceção destas relativamente aos contributos do EESMOG. Todas responderam afirmativamente à pergunta sobre a participação nestas sessões para partilha de experiências de modo a vivenciarem melhor a sua gravidez. Desenvolvi todas estas atividades ao longo deste percurso cheio de obstáculos difíceis de ultrapassar mas com empenho e dedicação consegui

ultrapassá-los e chegar a pouco e pouco ao grande desafio que foi o estágio no Bloco de Partos.

Para desenvolver competências relativamente à preparação para a parentalidade, foquei o meu interesse para esta temática e em Ensinos Clínicos anteriores recorri a entrevistas a peritos nesta área a fim de conhecer melhor a realidade desta questão. Desenvolvi no Serviço de Obstetrícia de um Hospital da margem sul do país uma apresentação sobre a temática do meu projeto cuja finalidade era colher alguns contributos e sugestões da equipa de enfermagem de forma a enriquecer o meu trabalho. Participaram muitos enfermeiros incluindo enfermeiros generalistas e no final da sessão solicitei a resposta a uma pergunta aberta “Na sua opinião que contributos o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica pode oferecer à grávida/casal para uma parentalidade saudável”. A minha atenção ao analisar as respostas recaiu sobre os peritos nesta área ou seja o EESMOG uma vez que as atividades que me propôs desenvolver eram direcionadas para os enfermeiros especialistas, no entanto considero a opinião do enfermeiro generalista muito importante e pertinente. É um olhar diferente sobre o assunto e que é sempre de valorizar e respeitar. Das sete respostas analisadas pude constatar que a grande maioria refere que a informação transmitida pelo EESMOG é um grande contributo para que o casal disfrute de uma parentalidade saudável “Disponibilizando os seus conhecimentos para fornecer ao casal no sentido de desmistificar e assegurar tranquilidade para o desenvolvimento de uma gravidez saudável.” Também foi referido que a preparação para a parentalidade é outro contributo que o EESMOG pode oferecer, assim como o estabelecimento de programas ao longo do ciclo reprodutivo da mulher “Desenvolver ações na comunidade com grupos de mães” ; “Estabelecer programas desde a vivência de uma sexualidade saudável-adolescência...”

Sem dúvida que esta sessão foi importante para dar a conhecer o meu projeto e colher sugestões e contributos a fim de enriquecê-lo. Tive também oportunidade de colher dados juntos do EESMOG no sentido de perceber qual a sua perceção relativamente á preparação para a parentalidade através das reuniões informais e visitei Unidades de Saúde com programas de preparação para a parentalidade. onde pude constatar de perto todo o trabalho desenvolvido por estes de modo a

possibilitar aos casais que frequentam as sessões uma vivência de uma parentalidade saudável através da informação transmitida e dos momentos de partilha de experiências por parte dos participantes. Todas estas atividades foram desenvolvidas para assim dar cumprimento a este objetivo.

No decorrer do Estágio com Relatório realizado no Bloco de Partos também desenvolvi competências relativamente à preparação para a parentalidade e os contributos do EESMOG. Foi minha preocupação durante a interação com as puérperas saber qual a perspetiva destas face à preparação para a parentalidade e os contributos do EESMOG, assim durante o Estágio com Relatório foi feita a colheita de dados através da observação participante e entrevistas informais junto das puérperas que eu realizei o parto, perfazendo um total de 40 puérperas. Segundo CARMO e FERREIRA (1998, p. 97) a observação participante permite “selecionar informação pertinente, através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e à metodologia científica, a fim de poder descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão”. Foram colocadas questões informalmente no sentido de perceber se fizeram preparação para a parentalidade, quem ministrou os cursos, se acham importante, se frequentou o curso na totalidade e com que idade gestacional iniciou o curso. Das 40 puérperas, 20 fizeram preparação para a parentalidade e as restantes que não fizeram alegaram falta de disponibilidade para frequentarem o curso. A preparação para a parentalidade foi ministrada a grande maioria por enfermeiros especialistas, com a exceção de 2 puérperas em que o curso foi ministrado por fisioterapeutas. Das puérperas que frequentaram o curso, apenas 8 frequentaram o curso completo, o que faz toda a diferença ao longo do trabalho de parto, como pude constatar através da observação participante na sala de partos. Todas as puérperas referiram que são importantes estes cursos e que teriam sentido mais segurança durante o trabalho de parto se os tivessem frequentado, no entanto todas referiram que nos momentos em que se sentiram mais inseguras, a presença da enfermeira na sala de partos foi fundamental. Pude constatar também que apesar da preparação para a parentalidade o factor psicológico é muito importante e as vivências da gravidez e as experiências anteriores influenciam o decorrer do trabalho de parto. Não posso deixar de referir, que ao aprofundar conhecimentos nesta área, fiquei incrivelmente surpreendida, com o que constatei da prática. O

nosso contributo para a preparação para a parentalidade é essencial desde o período pré concecional de modo a preparar o casal para aquela gravidez e parto. No entanto o EESMOG pode fazer “milagres” na sala de partos e ajudar as parturientes e acompanhantes a encarar aquela gravidez e parto de forma mais agradável e positiva, tornando aquele momento especial e único. Este foi um objetivo alcançado e que vou continuar a trabalhá-lo ao longo da minha vida profissional.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste relatório tentei transmitir de forma precisa e clara todo um percurso desenvolvido ao longo dos Ensinos Clínicos, dando mais ênfase ao Estágio com Relatório de forma a adquirir competências que me permita prestar cuidados especializados e de excelência às mulheres/famílias. Ao longo deste percurso surgiram algumas dificuldades e constrangimentos que levaram à modificação e reformulação do projeto de estágio. Apesar das dificuldades que surgiram, consegui ultrapassá-las da melhor forma para assim atingir os meus objetivos, procurando aproveitar todas as oportunidades para informar, instruir e capacitar a mulher durante o período pré concepcional, gravidez, parto e pós parto e acompanhante/família de forma a promover o desenvolvimento de competências na transição para a parentalidade. A autonomia e responsabilização parental são os pilares de uma parentalidade responsável, gratificante e saudável.

Ao longo do Estágio com Relatório houve a necessidade contínua da revisão da literatura e o aprofundamento de conhecimentos sendo o ponto primordial durante todo o percurso, associado aos esclarecimentos e orientações da Docente Orientadora, dando cumprimento à Competência 1 da ICM “atualiza os seus conhecimentos de forma a manter a sua prática atualizada”. ICM (2002, p.7). O relatório, reflete o desenvolvimento das minhas competências como futura EESMOG norteada pelo quadro conceptual de enfermagem de Jean Watson.

A aprendizagem é contínua e não termina quando terminar o estágio, pois ao longo da nossa vida estamos sempre a aprender e a melhorar a nossa prestação de cuidados perante as situações que nos deparamos diariamente.

Um dos motivos que me levou a frequentar a Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia, foi o facto de no meu local de trabalho, em contexto comunitário e longe do Hospital de referência para a área da saúde materna por vezes ocorrerem partos, o que me deixava extremamente ansiosa, devido à minha falta de competência para a prestação de cuidados de enfermagem adequados e de qualidade a estas mulheres e famílias. Ao terminar este curso considero ser detentora de competências e de conhecimentos que permitam a estas mulheres e suas famílias receber os cuidados de saúde a que têm direito. Neste momento sinto-me mais confiante perante essas situações. Estou satisfeita por ter conseguido fazer os 40

partos como o preconizado no plano de estudos... foi difícil e muito stressante, mas fiquei mais satisfeita ainda por ter feito muitas conduções de trabalho de parto onde pude por em prática as competências técnico-científicas e relacionais em simultâneo. Ocorreram muitas situações em que eu senti que fazia parte integrante daquele momento tão íntimo e especial para aquelas mulheres. Muitos agradecimentos e palavras de carinho e afeto por parte das parturientes e famílias, que nos momentos mais difíceis davam-me força para continuar. O medo de errar também pairou muitas vezes sobre mim. FERNANDES (2007) identifica como importante fonte de conflito emocional para os estudantes o medo de errar e causar sofrimento na execução de intervenções técnicas. Muitas vezes este medo dominava-me. Os alunos em ensino clínico suportam uma grande carga emocional e têm que desenvolver um importante trabalho emocional, gerir a sua vida profissional e familiar.

A enfermagem é a arte do cuidar e está em constante evolução e contínuo desenvolvimento. Segundo COLLIÉRE (1999) cuidar, prestar cuidado, é, primeiro que tudo, um acto de vida, de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda.

A competência adicional, que pretendi, desenvolver, ao longo da Unidade Curricular, Estágio com Relatório, foi sobre a preparação para a parentalidade e os contributos do EESMOG, esta competência foi desenvolvida ao longo dos Ensinos Clínicos e Estágio com Relatório, tendo sido uma mais-valia no desenvolvimento de competências na área da preparação para a parentalidade em contextos situacionais completamente distintos.

A parentalidade é uma etapa que traz grandes mudanças na vida do casal/família, necessitando de cuidados diferenciados e especializados nesta fase da vida tão importante. CRUZ (2005) refere que “A Parentalidade é porventura a tarefa mais desafiante da vida adulta e os pais constituem uma das influências mais cruciais na vida dos seus filhos” Para que a parentalidade seja vivenciada de uma forma saudável torna-se urgente dar visibilidade aos cuidados de enfermagem especializados, desenvolvidos em Saúde Materna e Obstetrícia de forma a capacitar os pais para lidarem com as questões relacionadas com a gravidez, parto e pós-

parto. Atualmente este processo pode ser facilitado através dos cursos de preparação para a parentalidade.

O Estágio com Relatório foi para mim um desafio especial, pois a minha experiência profissional nunca abrangeu esta área da enfermagem. Considero que no final desta Unidade Curricular sai mais realizada, tanto como pessoa, como profissional e para além disso, possibilitou-me a mobilização da teoria à prática, a mobilização e aprofundamento de conhecimentos já adquiridos e a possibilidade de uma constante reflexão crítica. Esta reflexão constante conduziu-me a uma mudança de atitudes e comportamentos na minha vida quer pessoal, quer como futura EESMOG.

Ao longo do estágio foi notório a evolução positiva na minha aprendizagem e uma evolução progressiva em termos da autonomia e responsabilidade na prestação de cuidados especializados e na capacidade de decisão e de reflexão. Na minha prática diária há sempre uma preocupação em valorizar a profissão, de proceder, agir, de maneira a ser uma referência para outros profissionais e para as mulheres/famílias. Frequentar o CMESMO foi um grande passo na minha vida, uma decisão que eu por vezes ainda questiono, mas para que a nossa profissão seja respeitada, tem que partir de nós próprios, das nossas atitudes e de mudanças profundas no nosso dia a dia, assim pretendo continuar a desenvolver competências nesta vasta área da saúde materna e especialmente na preparação para a parentalidade. Em contexto de Cuidados de Saúde Primários o EESMOG tem um papel preponderante e eu pretendo ser um profissional de referência para outros profissionais e para as mulheres/famílias que recorrem ao meu local de trabalho. Detentora de mais conhecimentos nesta área, pretendo desenvolver no meu local de trabalho consultas de enfermagem direcionadas à mulher/casal que pretendem engravidar começando assim a prepará-los para uma parentalidade saudável. O nosso contributo para a preparação para a parentalidade é essencial desde o período pré concecional de modo a preparar o casal para aquela gravidez e parto e isso pude constatar da prática durante o Estágio com Relatório, pois os medos, as ansiedades, as experiências anteriores e a vivência da gravidez influenciam o decurso do trabalho de parto e parto. Desta forma o EESMOG deve estar atento às dificuldades sentidas pelas mulheres/casais e dar resposta a essas dificuldades, capacitando-os no sentido de promover uma parentalidade saudável.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ BOGDAN, R. C; BIKLEN, S. K. (2006) – *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
ISBN 972-0-34112-2.
- ✓ BOJO, A., LARSSON, B., LORD, M. (2008) – Women's perception of intrapartal care in relation to WHO recommendations. *Journal of Clinical Nursing*. [em linha]. Vol.17 (novembro, 2008) p.2993-3003. Acedido em 10/07/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&hid=125&sid=05d49982-7520-4461-91f6-b18764495886%40sessionmgr104>
- ✓ BOTELHO, J.R. (1996) – O trabalho de Projecto na prática do Enfermeiro. *Enfermagem em Foco*. Lisboa. ISBN 0871-8008. Vol. 23 (Maio-Julho 1996)
- ✓ BRAZELTON, T.B. et al (1989) - *A Relação mais precoce*. Lisboa: Terramar, ISBN 972-710-083-X.
- ✓ BROTHERTON, S. (2007) – From Partner to Parents: Couples and the Transition to Parenthood. *International Journal of Childbirth Education* [em linha]. Vol.22, nº2 (junho, 2007) p.7-12. Acedido em 14/07/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=113&sid=c02fce2a-dc3e-4f75-af7c-21b9f0f322c4%40sessionmgr112>
- ✓ BUDIN, W. (2011) – It Takes a Team. *Journal of Perinatal Education* [em linha]. Vol.4, nº20 (outubro, 2011) p.179-181. Acedido em 10/07/2012.
Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=125&sid=05d49982-7520-4461-91f6-b18764495886%40sessionmgr104>
- ✓ CANAVARRO, M. C. (2001) - *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972- 8535-77-5.
- ✓ CARMO, H.; FERREIRA, M. M. (1998) – *Metodologia da Investigação – Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta. ISBN 972-674-231-5.
- ✓ CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE (1986) - *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* [em linha]. Acedido em 20/07/2012. Disponível em:

http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf

- ✓ CARVALHO, A; CARVALHO, G. (2006) – *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-22-4.
- ✓ COLLIÈRE, M. F. (1999) – *Promover a vida*. Lisboa: Lidel ISBN 972-757-109-3.
- ✓ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2005) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0. Trad.* Ordem Enfermeiros. USINE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ CREPALDI, M. A; MOTA, C.C.L. (2005). O pai no Parto e o Apoio Emocional. *Paidéia Cadernos de psicologia e Educação*, vol. 15 (30), p. 2 -16.
- ✓ CRUZ, O. (2005) – *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto ISBN: 989-558-054-1.
- ✓ DECRETO-LEI nº 161/96 - Diário da República I Série A. 205 (96-09-04) 2959-2962.
- ✓ DESPACHO DA MINISTRA DA SAÚDE n.º 5411/97. Diário da República II Série. 180 (97-08-06).
- ✓ DIREÇÃO GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (1991). *Vigilância pré-natal e revisão do puerpério*. Lisboa: DGCSP. ISBN 972-9425-06-X.
- ✓ DIRETIVAS DA UNIÃO EUROPEIA (1989) - Artigo nº. 27 da diretiva 89/594/CEE de 30 de Outubro de 1989, disponível em <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1989:341:0019:0029:PT:PDF>
- ✓ EDVARDSSON, K. et al (2011) - Giving offspring a healthy start: parents' experiences of health promotion and lifestyle change during pregnancy and early parenthood. *BMC Public Health* [em linha]. Vol.11 (dezembro, 2011) p.1-13. Acedido em 10/07/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=24&hid=21&sid=05d49982-7520-4461-91f6-b18764495886%40sessionmgr104>

- ✓ ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2013) – *Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações*. Lisboa: ESEL.
- ✓ FARIA, M.C. (2003) – Educação para a saúde no ensino superior – presentes no futuro. *Ler educação*, nº3, 2ª série, Dez 2003.
- ✓ FERNANDES, O. (2007) - *Entre a teoria e a experiência*. Loures: Lusociência.
- ✓ FORTIN, M. F. (2009) - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- ✓ FREDERICO, M., LEITÃO, M. (1999) – Princípios de Administração para Enfermeiros. Coimbra: *Formasau*. ISBN 972-8485-09-3.
- ✓ FRELLO, A. T; CARRARO, T. E. (2010) – Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrónica de Enfermagem* [em linha]. Vol.12, nº4 (dezembro, 2010) p.660-668. Acedido em 23/04/2013. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12n4a10.htm>
- ✓ GRAÇA, L. et al (2011) – Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*. [em linha]. III série, nº4 (julho, 2011) p.27-35. Acedido em 20/07/2012. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/34-027.pdf>
- ✓ INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002): *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. [em linha] Hague. [acedido a 30/06/2012]. Disponível em: http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20compsenglish_2002-JF_2007%20FINAL.pdf
- ✓ LAZURE, H. (1994) – *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.
- ✓ LOPES, A; FRACOLLI, L. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre a sua aplicação na pesquisa em Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem* (Florianópolis) [em linha]. Out-Dez, 17 (4), p.771-778. Acedido em 20/07/2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400020&lang=pt&lng=pt

- ✓ LOPES, S., FERNANDES, P. (2005) – O Papel Parental como Foco de Atenção de Enfermagem. *Sinais Vitais*. (novembro 2005). P. 36 – 42.
- ✓ LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. (2006) – *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.
- ✓ MENDES, I (2002) – *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8717-67-9
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) - *Proposta de Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) - Parecer Nº44/2008 - Preparação para o parto, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – *Modelo de Desenvolvimento profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – *Regulamento de competências Comum do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ PALACIOS, J. (2005). Prefácio In CRUZ, O. *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.p. 9 - 12.
- ✓ PEREIRA, E. (2001) – Diários de aprendizagem; Promoção da reflexão na prática clínica. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Coimbra. Nº4 (Agosto 2001). P.12-19.
- ✓ RAMOS, N. (2004) - *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- ✓ RELVAS, A. P.; LOURENÇO, M. C. (2001) – Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade. Perspectiva sistémica. In CANAVARRO, Maria Cristina (coordenadora) – *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8583-77-5. p. 105-132.
- ✓ ROCHA A., et al. (2003) - Cuidar transpessoal: Teoria de Jean Watson. *Sinais Vitais*. Nº47/Março, p.61.
- ✓ SANTOS, M. et al (2008) – Curso de orientação à gestação: Repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico. *Mundo da Saúde São Paulo*. [em linha]. Vol.32, nº4 (2008) p. 420-429. Acedido em 20/07/2012.

Disponível em:

http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/65/02_Curso_baixa.pdf

- ✓ VIEIRA, C. (1996) - *Registos e cuidados de enfermagem à grávida*. Porto: [s.n.]. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Porto.
- ✓ WATSON, J. (2002) – *Enfermagem Pós Moderna e Futura; um novo Paradigma da Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-37-1.
- ✓ WATSON, J. (2002) - *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-33-9.
- ✓ WIENER, A., ROGERS, C. (2008) – Antenatal classes: Women can't think beyond labour. *British journal of Midwifery* [em linha]. Vol.16, nº2 (fevereiro, 2008) p.121-124. Acedido em 10/07/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=125&sid=05d49982-7520-4461-91f6-b18764495886%40sessionmgr104>

APÊNDICES

Apêndice I
Estudos selecionados para a Revisão Sistemática da Literatura

Estudos Selecionados para a Revisão Sistemática da Literatura

Autor, Ano, Título do Estudo, Publicação	Participantes	Intervenções	Resultados
<p>1 – Edvardsson et al (2011)</p> <p>Giving offspring a healthy start: parents' experiences of health promotion and lifestyle change during pregnancy and early parenthood</p> <p>BMC Public Health, 2011 11:936, p.1-13</p>	<p>24 casais que foram pais pela primeira vez</p>	<p>Entre junho e dezembro de 2010 foram realizadas 24 entrevistas aos pais de crianças com 18 meses.</p> <p>Foi realizado um estudo qualitativo com o objetivo de analisar as suas experiências de promoção da saúde e mudança de estilo de vida durante a gravidez e paternidade precoce.</p>	<p>Os pais relataram realizar mudanças no estilo de vida para garantir a saúde do feto durante a gravidez, e no início da paternidade para criar um ambiente de promoção da saúde para a criança. O estudo também revela que estes estão altamente recetivos às mensagens de saúde sobre o efeito de seu estilo de vida na saúde fetal.</p> <p>A percepção sobre os riscos para a saúde da criança parece ser a força motriz para o estilo de vida mudar durante a gravidez e paternidade precoce. No entanto, como a motivação dos pais para priorizar a sua própria saúde por si parece ser baixa durante esse período, os programas de saúde, como a preparação para a parentalidade precisam levar isso em consideração.</p>

<p>2- Budin (2011)</p> <p>It Takes a Team</p> <p>Journal of Perinatal Education, Vol.20, nº4, outubro 2011, p.179-181</p>	<p>Compilação de vários estudos sobre a promoção, apoio e proteção do nascimento natural, seguro e saudável. O editor faz uma revisão da literatura e desenvolve um artigo de reflexão.</p>	<p>Este artigo é uma revisão da literatura onde o editor do Jornal da Educação Perinatal (JPE) compara a necessidade de um planeamento adequado, preparação, e articulação entre a equipa multidisciplinar na preparação para um parto seguro e saudável. O editor também descreve o conteúdo desta edição, que oferecem uma ampla gama de recursos, pesquisa e inspiração para educadores do parto em seus esforços para promover, apoiar, e proteger o nascimento natural, seguro, e saudável.</p>	<p>O artigo faz referência ao método Lamaze , usando a teoria da promoção da saúde como um quadro, como um guia orientador na aplicação criativa de aprendizagem de tarefas e educação para a saúde através do diálogo, para fornecer informações, criando assim uma classe Lamaze colaborativa onde o professor é o facilitador e os alunos são responsáveis pela sua aprendizagem.</p> <p>É preciso uma equipa no planeamento da gravidez. A vivência de uma parentalidade saudável começa antes da gravidez, começando com a escolha da equipa multidisciplinar e da pessoa significativa, sendo que cada membro da equipa tem um papel importante a desempenhar, de forma a garantir uma gravidez saudável e um parto satisfatório para a mãe e para o bebé.</p>
<p>3- Graça, L; Figueiredo, M; Carreira, M (2011)</p> <p>Contributos da Intervenção de Enfermagem de Cuidados de saúde Primários para a</p>	<p>134 primíparas com idades entre os 18 e 38 anos.</p>	<p>Trata-se de um estudo quantitativo com três momentos de colheita de dados. O primeiro momento entre as 26 e 28 semanas de gestação, onde foi avaliado o ajustamento à maternidade, as atitudes maternas e a homogeneidade entre os grupos. Os outros</p>	<p>A transição para a maternidade é uma experiência comum que se traduz numa crise de emoções e desafios. Face às alterações sociais, as aprendizagens que eram efetuadas no seio das famílias de origem, “forçam” a mulher e família a procurar contextos de aprendizagem alternativos ou complementares, sendo os profissionais de saúde um dos recursos mobilizados.</p> <p>São as enfermeiras, e particularmente as Especialistas em</p>

<p>transição para a Maternidade</p> <p>Revista de Enfermagem Referência, III série, nº4, julho 2011, p.27-35.</p>		<p>momentos de colheita de dados foram ao primeiro e sexto mês após o parto, onde foi avaliado novamente o ajustamento à maternidade, as atitudes maternas e os impactos decorrentes dos modos de intervenção a que as primíparas foram expostas. É de salientar que todas as primíparas participaram em Cursos de Preparação para o Parto.</p>	<p>Saúde Materna e Obstétrica, os profissionais com formação específica na área e reconhecidos pelas populações, por isso torna-se impreterível a elaboração de projetos baseados na evidência de forma a contribuírem para uma saudável transição para a parentalidade.</p> <p>O estudo conclui que em termos gerais na transição para a parentalidade, não se verificaram efeitos significativos decorrentes do modo de intervenção de enfermagem, no entanto, também não se verificaram efeitos adversos.</p> <p>A escolaridade e a profissão, a relação conjugal e a imagem corporal, podem influenciar as vivências da transição para a parentalidade, devido às expetativas destas mulheres e do seu papel social.</p>
<p>4-Bojo", A; Larsson, B; Lord, M (2008)</p> <p>Women's perception of intrapartal care in relation to WHO recommendations</p> <p>Journal of Clinical Nursing, 17, novembro 2008, p.2993–3003.</p>	<p>138 mulheres que pariram numa maternidade da Suécia</p>	<p>Trata-se de um estudo quantitativo e os objetivos foram avaliar a percepção das mulheres sobre cuidados durante o parto e sobre o parto normal.</p> <p>Foi aplicado um questionário elaborado a partir das recomendações da OMS para o cuidado no parto normal.</p>	<p>O estudo concluiu que a grande maioria das puérperas, receberam cuidados de qualidade e que devem ser incentivados.</p> <p>Os resultados enfatizam a importância de a maioria das puérperas relatarem ter recebido cuidados de qualidade e que devem ser incentivados. As puérperas que relataram 'Sim' para a realidade percebida também relataram que era importante a utilização de práticas invasivas como os toques vaginais e administração de ocitocina.</p> <p>Os resultados sugerem também que as puérperas têm uma grande confiança nas parteiras. As parteiras têm uma responsabilidade ética para manter-se informadas sobre a</p>

			<p>melhor assistência baseada em evidências e implementar revisão crítica de sua prática como parte do desenvolvimento profissional contínuo.</p> <p>A percepção das mulheres em relação ao parto permite uma ampla gama de intervenções e relevância para a prática clínica. O resultado reforça a importância do conhecimento das parteiras de atendimento baseada em evidências e como implementar isso em prática.</p>
<p>5-Wiener, A; Rogers,C (2008)</p> <p>Antenatal Classes: Women can't think beyond labour</p> <p>British Journal of Midwifery, Vol. 16, nº2, fevereiro 2008, p.121-124.</p>	<p>144 parteiras de um Hospital NHS</p>	<p>Foi realizado um estudo quantitativo onde Foram aplicados 144 questionários às parteiras que trabalhavam no Hospital e em postos comunitários com o objetivo de avaliar qual a percepção das parteiras quanto aos temas abordados durante o pré-natal.</p>	<p>No estudo os autores concluíram que é urgente a preparação adequada de todos os profissionais envolvidos durante o período pré natal.</p> <p>As grávidas/casais podem ser ajudados a refletir sobre questões da transição para a parentalidade se as parteiras tiverem formação em preparação para a parentalidade. Esta formação deve fazer parte integrante da formação das parteiras.</p> <p>As sessões de educação para a saúde durante o pré natal contribuem para ajudar os pais a fazer a transição para a parentalidade, por isso é importante avaliar as intervenções durante a gravidez e período pós natal de modo a promover positivamente essa transição.</p>

<p>6-santos, M; Zellerkraut, H; Oliveira, L (2008)</p> <p>Curso de Orientação à Gestação: Repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico</p> <p>O Mundo da Saúde São Paulo, 32 (4), p.420-429.</p>	<p>30 casais e 2 mães que vivenciavam a primeira gestação</p>	<p>Trata-se de um estudo quantitativo cujo objetivo foi identificar as expectativas dos pais perante a primeira gestação e parto, para além de descrever as repercussões provocadas pelo curso de orientação à gestação na população alvo.</p>	<p>Verificou-se que os participantes procuraram o curso em busca de conhecimento e esclarecimento de dúvidas (acerca do parto, cuidados com a gestante e com o recém- nascido).</p> <p>Concluiu-se que o curso repercutiu de forma positiva na população estudada, pois mais de 50% dos entrevistados tiveram as suas dúvidas esclarecidas e terminaram o curso mais seguros e tranquilos.</p> <p>Os autores do estudo acreditam que o grupo de orientação à gestação possui como efeitos principais no grupo alvo, o alívio da ansiedade, superar dúvidas e temores, aumentar a segurança e a auto-confiança em relação ao parto e ao relacionamento com o bebé.</p> <p>Esta pesquisa evidenciou a importância de outras instituições de saúde, tanto públicas como privadas, investirem na educação para a saúde.</p>
--	---	--	---

7 - Brotherson
(2007)

From Partners to
Parents: Couples
and the Transition
to Parenthood

International
Journal of
Childbirth
Education, Vol.22,
nº2, junho 2007, p.7-
12.

Compilação de vários estudos sobre as questões da transição para a parentalidade e estratégias para as ultrapassar.

Quem faz o quê após o nascimento de uma criança?

Como os casais podem manter o seu amor e companheirismo? São algumas das questões abordadas no artigo.

Este artigo é uma revisão da literatura que explora as questões da transição para a parentalidade, identifica estratégias para casais de forma a apoiá-los, e oferece dicas para uma transição saudável para a parentalidade.

A mãe precisa aprender como o seu corpo e as suas emoções vão mudar e como ela se prepara para o nascimento de uma criança. Da mesma forma, os casais precisam saber sobre as mudanças que podem ocorrer para eles como transição de parceiros para pais.

Assim como uma planta cresce e muda de estação para estação, a relação entre o casal também muda.

Os casais devem preparar-se para esta nova fase da vida e adaptar-se às diferenças que ocorrem. Desde o período gestacional até ao nascimento e primeira infância, são fases fundamentais para a saúde e desenvolvimento da criança. Os pais têm um papel preponderante e podem contribuir para este sucesso através dos seus esforços para proporcionar um ambiente de infância positiva e saudável.

Além disso, os casais que compreendem e se preparam para a transição para a parentalidade estarão mais bem preparados para os desafios e as recompensas desta longa viagem que é serem pais.

Apêndice II

Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio com Relatório

PLANO DE TRABALHO

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ATIVIDADES
<p>1. Desenvolver capacidades de análise e reflexão sobre os objetivos e atividades desenvolvidas ao longo dos Ensinos Clínicos e Estágio com Relatório para a aquisição de competências no cuidado de enfermagem especializado no âmbito da saúde materna e obstétrica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de pesquisa bibliográfica; ✓ Revisão Sistemática da Literatura; ✓ Discussão do Projeto de Estágio; ✓ Elaboração de Jornais de Aprendizagem; ✓ Reuniões informais com a docente orientadora e com a orientadora do local de estágio; ✓ Reunião informal com a enfermeira orientadora e docente orientadora acerca dos objetivos traçados para este estágio; ✓ Elaboração da auto avaliação formativa e sumativa; ✓ Análise crítica de todo o percurso; ✓ Reuniões de análise de práticas na ESEL, relativamente ao Estágio com Relatório; ✓ Apresentação e defesa pública do Relatório.
<p>2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, família, durante o período pré-natal que recorrem ao serviço de Urgência Obstétrica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observação da conduta do enfermeiro na assistência à grávida/família em situação de risco materno-fetal; ✓ Acolhimento da grávida/família no Serviço de Urgência Obstétrica criando um ambiente de empatia e segurança; ✓ Anamnese; ✓ Interpretação e avaliação dos diferentes instrumentos de informação presentes no processo clínico e boletim de saúde da grávida; ✓ Promoção de uma relação terapêutica com a mulher/família; ✓ Disponibilidade para ouvir, esclarecer dúvidas e receios, reduzindo o grau de ansiedade; ✓ Utilização de linguagem adequada ao nível sociocultural da grávida/acompanhante, de modo a estabelecer e manter a comunicação; ✓ Respeito pelas decisões e diferenças culturais; ✓ Avaliação física e emocional da grávida /acompanhante;

- ✓ Identificação e monitorização da saúde materno-fetal, mobilizando os meios clínicos e técnicos adequados (avaliação e interpretação do CTG, auscultação dos batimentos cardíofetais, tocograma, avaliação dos parâmetros vitais);
- ✓ Colaboração com outros profissionais de saúde na realização de exames complementares de diagnóstico;
- ✓ Implementação de medidas de promoção da higiene, conforto e bem-estar da grávida;
- ✓ Identificação das necessidades de educação para a saúde;
- ✓ Realização de educação para a saúde, adequada as necessidades detetadas, de forma a apoiar no processo de readaptação;
- ✓ Identificação das complicações pós aborto, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação;
- ✓ Prestação de apoio psicológico e emocional à mulher/família nas situações de abortamento ou morte fetal.
- ✓ Orientação para a promoção da saúde e prevenção da doença;
- ✓ Administração de terapêutica quando prescrita;
- ✓ Determinação das pessoas que vivem com a grávida e identificação da pessoa a quem a grávida recorre quando surge algum problema, assegurando a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar;
- ✓ Sugestão de estratégias para encontrar os recursos existentes na comunidade;
- ✓ Promoção da decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida/casal sobre recursos disponíveis na comunidade para apoiar a família durante a gravidez;
- ✓ Elaboração de registos de enfermagem para assegurar a continuidade dos cuidados e carta de alta.

3. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido, família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto;

- ✓ Apoio à mulher/família na transição para a parentalidade;
- ✓ Estabelecimento de uma relação de confiança com a grávida/acompanhante;
- ✓ Demonstração de disponibilidade, empatia e escuta ativa;
- ✓ Conhecimento das experiências anteriores em relação à gravidez e parto;
- ✓ Prestação de apoio psicológico e emocional à grávida/casal durante os quatro estádios do trabalho de parto;
- ✓ Possibilitar o apoio contínuo da pessoa significativa durante o trabalho de parto e nascimento;
- ✓ Promoção de medidas de conforto e métodos de alívio da dor, informando sobre os benefícios e para favorecer o nascimento normal;
- ✓ Administração de analgesia epidural quando prescrito;
- ✓ Efetuar pelo menos 40 partos eutócicos;
- ✓ Colaboração nos partos distócicos;
- ✓ Realização de episiotomia quando necessário;
- ✓ Promoção da vinculação precoce da tríade (mãe/pai/RN);
- ✓ Promoção do contacto pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e amamentação;
- ✓ Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
- ✓ Realização de registos de enfermagem para promover a continuidade dos cuidados.

4. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido na adaptação à vida extra-uterina;

- ✓ Laqueação definitiva do cordão umbilical;
- ✓ Avaliação do índice de Apgar (frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade e reflexa e cor);
- ✓ Promoção de medidas de conforto (secar e aquecer);
- ✓ Administração de vitamina K para prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido;

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoção do contacto pele a pele imediato e prolongado; ✓ Realização do exame físico do recém-nascido (vigilância do nível de atividade, os movimentos, a postura, tônus muscular e choro, vigilância de sinais de síndrome de dificuldade respiratória, avaliação das características da pele e mucosas, observação da cabeça, olhos, implantação dos pavilhões auriculares, nariz, boca, pescoço, tórax, abdómen e coto umbilical, avaliação dos genitais e ânus, avaliação das extremidades, dos reflexos e vigilância da eliminação vesical e intestinal); ✓ Avaliação do peso do recém-nascido; ✓ Identificação do recém-nascido; ✓ Promoção da vinculação precoce da tríade (mãe/pai/RN). ✓ Promoção da amamentação na 1ª hora de vida.
<p>5. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, família que recorre ao serviço de Urgência Ginecológica a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observação direta da prestação de cuidados de enfermagem; ✓ Acolhimento da mulher e família a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; ✓ Anamnese; ✓ Disponibilidade para ouvir, esclarecer dúvidas e receios, reduzindo o grau de ansiedade; ✓ Promoção de uma relação terapêutica com a mulher/família; ✓ Planificação dos cuidados de acordo necessidades detetados; ✓ Realização de educação para a saúde, adequadas as necessidades detetadas, de forma a apoiar no processo de readaptação; ✓ Orientação para a promoção da saúde e prevenção da doença; ✓ Realização de registos de enfermagem para promover a continuidade dos cuidados.

6. Desenvolver competências no âmbito da preparação para a parentalidade às mulheres/famílias durante o período pré-natal, natal e pós natal imediato.

- ✓ Pesquisa nas bases de dados on-line de estudos científicos da temática estudada e pesquisa manual de estudos científicos nas várias bibliotecas da ESEL;
- ✓ Elaboração de Revisão Sistemática da Literatura sobre o tema;
- ✓ Observação direta da prestação de cuidados de enfermagem;
- ✓ Entrevistas informais com os EESMOG que ministram Cursos de Preparação para a Parentalidade;
- ✓ Estabelecimento de uma relação de confiança com a grávida/acompanhante;
- ✓ Acompanhamento da grávida/acompanhante durante os quatro estádios do trabalho de parto;
- ✓ Aplicação de Questionário às grávidas/acompanhante no período pós parto imediato;
- ✓ Identificação das grávidas/casais que frequentaram programas de Preparação para a Parentalidade;
- ✓ Apoio à mulher/família na transição para a parentalidade;
- ✓ Educação para a saúde à mulher/acompanhante;
- ✓ Realização de registos de enfermagem para promover a continuidade dos cuidados.

Apêndice III
Apresentação do Estudo de Caso

Centro Hospitalar de Setúbal EPE
Hospital de São Bernardo
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia / Bloco de Partos

ROTURA UTERINA E DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA - CASO CLÍNICO

Preletores:
Enf^{ESMO} Antónia Prates
AEESMO Helena / Enf^{ESMO} Carmen Segurado

OBJETIVOS

- Apresentar à Equipa de enfermagem um Caso Clínico sobre rotura uterina e descolamento prematuro da placenta;
- Refletir sobre a prática.

ROTURA UTERINA

Situação de emergência obstétrica que requer uma atuação imediata.

"A rotura uterina habitualmente ocorre durante o trabalho de parto numa mulher com antecedentes de cirurgia uterina, como cesariana ou miomectomia."

REILLY et al (2008, p.270)

INCIDÊNCIA

A rotura uterina é uma situação obstétrica extremamente grave mas rara, que, em geral, ocorre e se deteta no período intraparto.

Na literatura há registo que a incidência pode chegar a uma rotura uterina a cada 2000 partos.

FATORES DE RISCO

- Antecedentes de cirurgia uterina;
- Cesariana anterior;
- Utilização inadequada de estimulação ocitócica;
- Multiparidade;
- Traumatismos abdominais.

" A rotura uterina pode ocorrer em 0,6% dos traumatismos e é mais frequente quando associado a impacto direto abdominal"

GRAÇA (2010, p.645)

DIAGNÓSTICO

- Dor na cicatriz ou cicatriz dolorosa à palpação no intervalo das contrações e sinais de hipovolémia;
- Alterações no CTG que se manifestam habitualmente através da cessação da contratilidade uterina durante o trabalho de parto associada a bradicardia fetal.

Segundo REILLY et al (2008) a grávida pode também apresentar hematúria, hemorragia vaginal e a frequência cardíaca fetal apresenta alterações.

DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA

"É o descolamento de parte ou totalidade da placenta no seu local da decídua basal após as 20 semanas de gestação e antes do nascimento da criança"

LOWDERMILK (2008, p. 792)

"É a separação da placenta normalmente inserida antes do nascimento do feto"

GRAÇA (2010, p.417)

INCIDÊNCIA

A incidência de DPPNI referida na literatura é variável, dependendo das características da população estudada e dos critérios de diagnóstico aplicados.

Estudos têm demonstrado, nos últimos anos, aumento da incidência de DPPNI que pode estar relacionado com o aumento dos fatores de risco, como a idade materna.

Segundo GRAÇA (2010), o DPPNI ocorre em 1% dos partos

FATORES DE RISCO

- ❑ Antecedentes maternas de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus;
- ❑ Descolamento prematuro da placenta em gestação anterior;
- ❑ Cesariana anterior;
- ❑ Multiparidade;
- ❑ Idade materna avançada;
- ❑ Gravidez múltipla;
- ❑ Tabagismo;
- ❑ Etilismo;
- ❑ Drogas ilícitas, principalmente a cocaína.

CABAR et al (2004) no seu estudo investigaram a relação entre cesariana anterior e a ocorrência do DPP. No estudo em causa não houve diferença estatisticamente significativa na incidência de cesariana anterior entre os dois grupos estudados. No entanto verificou-se que a ocorrência de fetos mortos, recém-nascidos com IA inferiores a sete no primeiro e quinto minuto, foi significativamente maior no grupo de pacientes com DPP.

DIAGNÓSTICO

- Dor localizada geralmente no fundo do útero, repentina e intensa, seguida de perda sanguínea na maioria dos casos.

" No entanto, em cerca de 25% das mulheres a hemorragia não se exterioriza, o que pode ser particularmente perigoso, quer para o feto, quer para a grávida."

GRAÇA (2010, p.418)

- Hipertonia uterina pode estar presente nos casos mais graves de descolamento prematuro da placenta, tornando-se difícil ou mesmo impossível a palpação fetal.

Esta hipertonia uterina é, segundo GRAÇA (2010), induzida à medida que os precursores das prostaglandinas são libertados devido à lesão da decídua.

- O traçado cardiotocográfico pode apresentar alterações na presença de DPPNI, como desacelerações tardias ou variáveis da FCF de difícil recuperação;
- A ecografia é um meio complementar de diagnóstico importante na detecção do DPPNI.

"Embora a ecografia possa ser uma ajuda importante, não se deve perder tempo com a sua realização perante uma situação materna instável e ou na presença de sofrimento fetal."

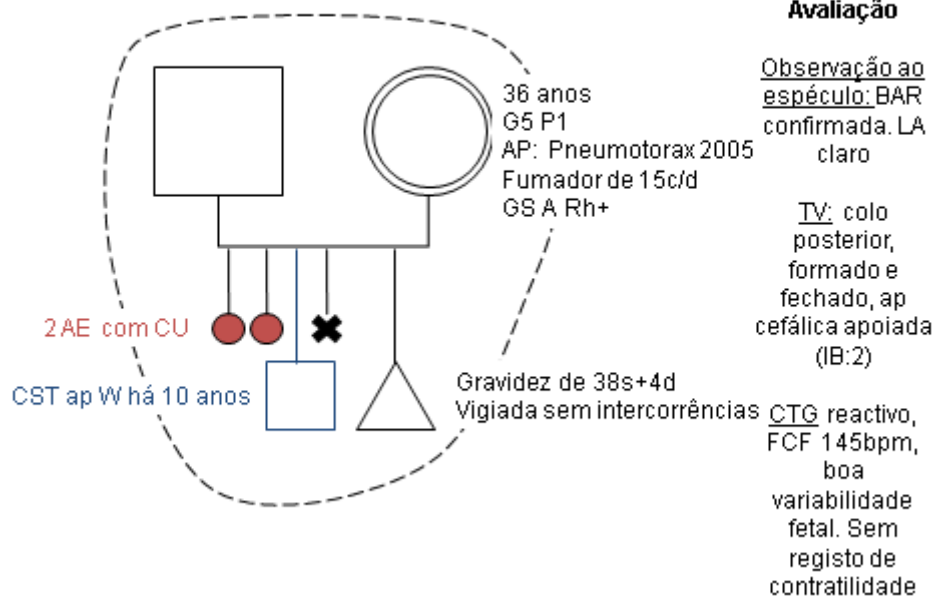
GRAÇA (2010, P.419)

O risco de hemorragia pós parto está aumentado nas situações de DPPNI, pelo que é importante a prevenção da atonia uterina.

"A complicação de maior gravidade para a mãe consiste na coagulação intravascular disseminada, com diminuição dos fatores de coagulação, fibrinogénio, plaquetas e insuficiência renal. A hemorragia pós parto também é frequente devido à coagulopatia e à fraca contratilidade uterina."

REILLY et al (2008, p.270)

**CASO CLINICO
INTERNAMENTO POR RPM ÀS 8H**



**11h 1.ª
Avaliação**

Observação ao espéculo: BAR confirmada. LA claro

TV: colo posterior, formado e fechado, ap cefálica apoiada (IB:2)

Caso Clínico

13:00h

CTG de Padrão
Normal

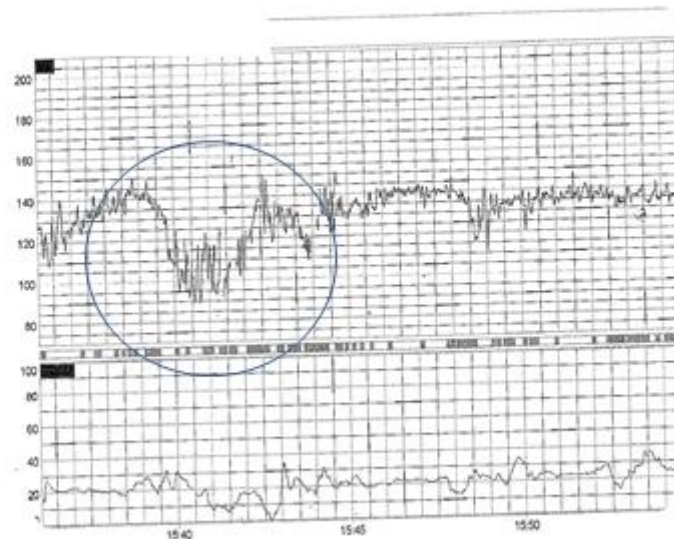


Caso Clínico

15:40h

CTG com
Desaceleração
da FCF com
duração de 2
minutos, boa
variabilidade
fetal. Esboço
de
contratilidade
uterina
irregular

LA claro

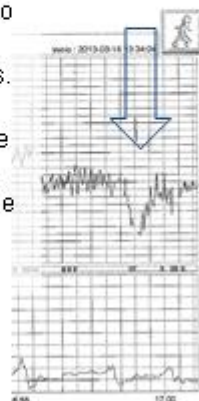


Caso Clínico

17:00h

CTG com
Desaceleração
com duração
de
30 segundos.
Boa
variabilidade
fetal. Sem
contratilidade

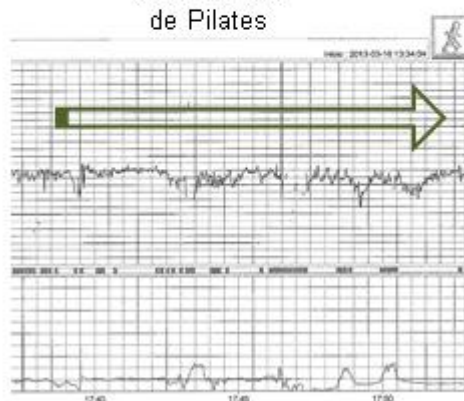
LA claro



17:45h

Parou PO

Fica na Bola
de Pilates



18:05h

Dor Abdominal Súbita e muito intensa

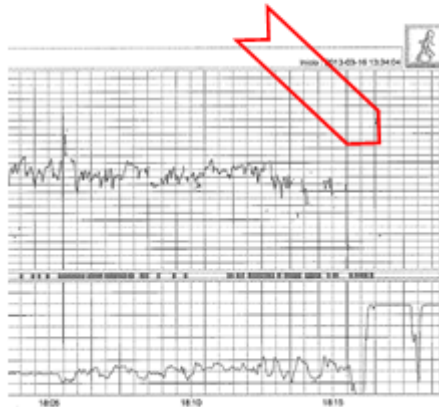
CTG com Bradicardia Fetal mantida, ausência de contrações

Chamada a Equipe Médica de Urgência

IV (médico): colo centrado, em apagamento, permeável à polpa de um dedo. AP Fetal no 1.º Plano

Ecografia AP Fetal insinuada, Bradicardia Fetal

HD: Rotura Uterina / DPPNI

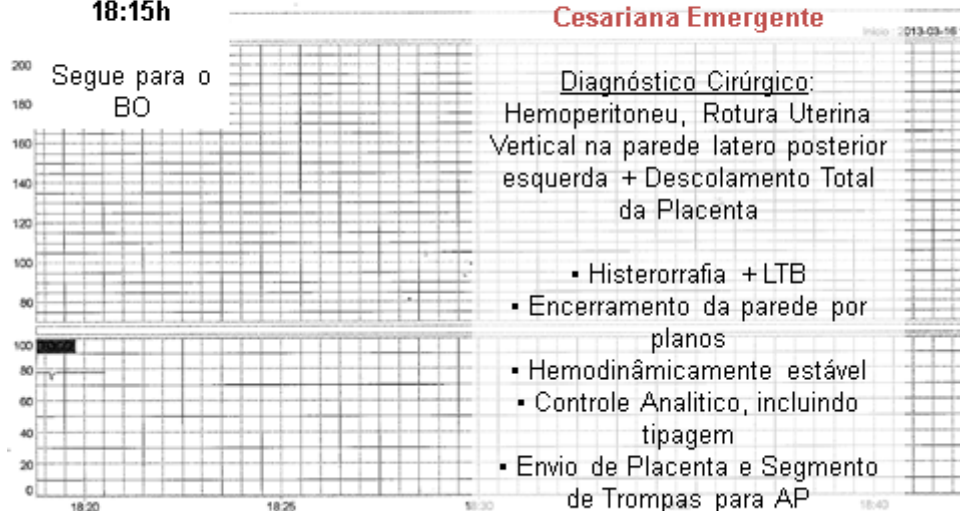


18:23h

Cesariana Emergente

18:15h

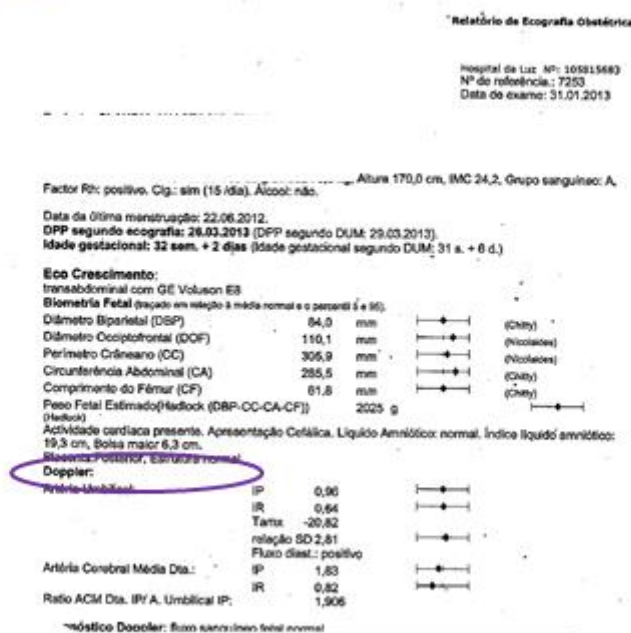
Segue para o BO



Diagnóstico Cirúrgico:
Hemoperitôneo, Rotura Uterina Vertical na parede latero posterior esquerda + Descolamento Total da Placenta

- Histerorrafia + LTB
- Encerramento da parede por planos
- Hemodinamicamente estável
- Controle Analítico, incluindo tipagem
- Envio de Placenta e Segmento de Trompas para AP

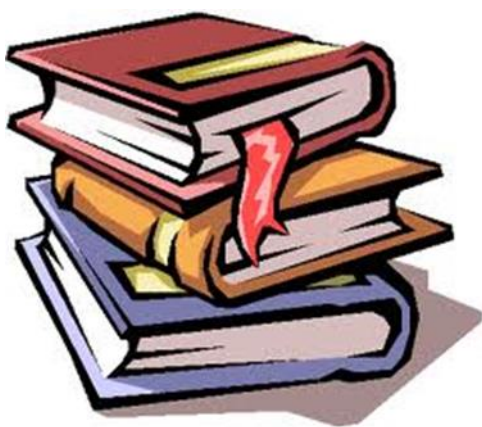
Algumas Reflexões



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ LOWDERMILK, Deitra L.; PERRY, Shannon E. (2006)—**Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.
- ✓ O'REILLY, Barry; BOTTOMLEY, Cecilia; RYMER, Janice (2008)—**Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-06-2.
- ✓ GRAÇA, Luís M. (2005)—**Medicina Materno-Fetal**. 3ªed.Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-325-7.
- ✓ CABAR, F. et al (2004) - **Cesárea prévia como fator de risco para o descolamento prematuro da placenta**. Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia. [em linha]. Vol.26, Nº9 (outubro, 2004). Acedido em 10/05/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000900006

Apêndice IV
Diário de Aprendizagem I



JORNAL DE APRENDIZAGEM

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Helena Margarida Massano Soares Fradinho Nº4117

abril 2013

Este trabalho surge no âmbito do Estágio com Relatório e tem como finalidade, construir um espaço para reflexão, individualizada, de um acontecimento, vivenciado em contexto de Estágio, para isso irei recorrer ao “Ciclo reflexivo de Gibbs”, que irá facilitar o processo de reflexão. O Ciclo de Gibbs passa por várias etapas que temos que percorrer enquanto seres reflexivos e transformadores perante algo que nos acontece no dia-a-dia.

A situação que vou descrever em seguida aconteceu no dia 10 de abril de 2013, estava a fazer o turno da tarde e cerca das 19h deu entrada no bloco de partos a Maria (nome fictício) em fase ativa de trabalho de parto. A parturiente estava calma, um pouco queixosa, mas controlada, não assinou o consentimento informado para a realização de epidural porque não queria analgesia, então foi oferecido métodos de alívio da dor naturais, como o duche e exercícios na bola que aceitou. ABCF+/- 133bpm, boa tonalidade e audíveis pela parturiente. O companheiro chegou pouco tempo depois.

A Maria tinha 18 anos, gravidez vigiada nas consultas de adolescente no CHS. Grupo de sangue 0Rh+, IO 0000, IG 39s+4d, serologias do 3º trimestre negativas, excepto a toxoplasmose que fez colheita no serviço de urgência Obstétrica, STB positivo, fez 2gr de ampicilina, é fumadora. Iniciou monitorização externa, CTG tranquilizador, FCF+/- 138bpm. Dinâmica uterina irregular de média amplitude. Iniciou perfusão de ocitocina a 15ml/h. CTG mantém-se tranquilizador, FCF+/- 133bpm, dinâmica uterina regular. Às 20h a parturiente começou a ficar muito queixosa e às 20h.10 REBA com saída de líquido hemático em moderada quantidade, suspendeu perfusão de ocitocina, avaliados sinais vitais que estavam estáveis, foi chamado de imediato a equipa médica e foi colocado lactato de ringer em curso. A hemorragia manteve-se, CTG mantinha-se tranquilizador e FCF+/- 140bpm. Quando me deparei com esta situação pensei imediatamente em descolamento prematuro da placenta, pois perante o quadro clínico, tudo indicava que seria essa complicação obstétrica, fiquei apavorada e pensei de imediato que possivelmente acabaria em cesariana. Após observação médica a parturiente apresentava colo com 7cm de dilatação e segundo o médico a perda hemática possivelmente seria do colo para mantermos uma atitude expectante. CTG sempre tranquilizador. Às 20h.50 apresentava dilatação completa, iniciou esforços

expulsivos, às 20h.55 o CTG revelou bradicardia fetal de 50bpm de recuperação lenta e a hemorragia mantinha-se ativa, foi chamado de imediato a equipa médica que decidiu aplicar uma ventosa, no entanto após a episiotomia, o período expulsivo foi rápido. Parto Eutócico às 21h.03, nasceu R/N do sexo masculino, boa vitalidade e choro vigoroso, IA 9/10, sem malformações aparentes. Logo após a expulsão do R/N, o cordão parte no local da inserção da placenta e é efetuada uma dequitação manual, confirmado o descolamento prematuro da placenta. Recebi o Recém-nascido e estava muito ansiosa, pois não sabia como aquele bebé iria reagir à vida extra uterina. Senti um grande alívio quando ouvi um choro vigoroso, boa vitalidade e adaptação à vida extra uterina. Mas a minha atenção continuou focada na Maria que contorcia-se com dores, sem qualquer tipo de analgesia foi realizada a dequitação manual. Coloquei o bebé em contacto pele com pele e transmitia-lhe palavras de conforto, tentando concentrar a sua atenção no bebé.

Foi uma situação muito stressante, pois o descolamento prematuro da placenta é uma situação de emergência obstétrica e há que atuar imediatamente. Alguns autores referem que a hemorragia anteparto “pode ser potencialmente letal para a mãe e para o feto, pelo que a avaliação deve ser imediata e precisa.” REILLY et al (2008). Penso que a atuação do EESMO foi imediata e que foi feito tudo o que deveria ser feito naquele momento. Perante estas situações sinto-me ainda um pouco impotente, eu sei na teoria o que se deve fazer, mas sinto-me muitas vezes frustrada e aborrecida comigo mesma por ficar em pânico interferindo assim na prestação dos cuidados imediatos. O descolamento prematuro da placenta provoca uma dor aguda que foi manifestada pela parturiente embora de forma inespecífica. A dor em obstetrícia é sempre de valorizar e há que saber identificar esse tipo de dor e suas características. De acordo com a literatura, o descolamento prematuro da placenta é uma emergência obstétrica que consiste na separação da placenta da parede uterina onde a mesma se encontra implantada antes do parto. São fatores de risco a hipertensão arterial, a multiparidade, rotura prematura de membranas, idade materna, tabagismo, consumo de drogas, cesariana anterior. No caso da parturiente em causa o único fator de risco presente era o tabagismo, a gravidez foi vigiada sem nenhum relato de qualquer incidente, nada previa esta situação. Então porque é que teria acontecido esta situação?...

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, uma das competências específicas do EESMO é cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra uterina. Futuramente, quando me deparar com situações complicadas irei estar atenta a todos os pormenores, manter a calma e atuar de imediato, sem nunca esquecer que são duas vidas que estão nas nossas mãos.

É importante diagnosticar precocemente estas situações para atuar de forma imediata, é importante estar atenta a todas as parturientes, tenham ou não fatores de risco associados, é importante uma boa condução do trabalho de parto e estar atenta a qualquer situação anómala.

Todas as situações que tenho vivido ao longo deste estágio têm possibilitado grandes momentos de aprendizagem, pois o que está descrito nos livros não chega, é importante, mas não é o suficiente pois em obstetrícia nada é linear, há que ter em atenção a todos os sinais e sintomas referidos pela parturiente. Fazer partos qualquer pessoa faz, saber detetar as situações precocemente, agir de imediato e chamar outros profissionais quando a situação está fora da sua área de atuação é o que distingue o EESMO dos outros profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. 2010-11-20. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
- O`REILLY, Barry; BOTTOMLEY, Cecilia; RYMER, Janice (2008) – **Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-06-2.

Apêndice V
Diário de Aprendizagem II



JORNAL DE APRENDIZAGEM

II

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Helena Margarida Massano Soares Fradinho N°4117

abril 2013

Muitas têm sido as situações que poderia colocar em Jornal de Aprendizagem, mas a situação que vou descrever em seguida é uma situação que acontece quase diariamente mas que eu sinceramente nunca lhe dei o verdadeiro valor e significado, mas perante a fase que estou a atravessar neste momento talvez tenha dado o devido significado aquelas palavras.

A situação que vou descrever em seguida aconteceu no dia 20 de abril de 2013, estava a fazer um turno de 12h e entrei às 20h, recebi a parturiente que estava com a minha orientadora. A parturiente estava calma, queixosa, mas controlada e estava na companhia do seu marido. A sr^a M tinha 37 anos, gravidez vigiada, grupo sangue 0 Rh+, GI P0, IG 40s, serologias negativas e atualizadas. Recorreu ao serviço de Urgência Obstétrica por REBA às 4h com saída de líquido claro, estive na sala de indução onde fez 1/4 de miso S/L. Cerca das 16h.30 deu entrada no bloco de partos em fase ativa de trabalho de parto, iniciou monitorização externa, CTG tranquilizador, FCF+/- 142bpm. Dinâmica uterina irregular de média amplitude. Fez epidural sem intercorrências e iniciou perfusão de ocitocina a 15ml/h. CTG mantém-se tranquilizador, FCF+/- 148bpm, dinâmica uterina regular. Deambulou, fez as básculas, estive sempre presente na sala de partos e acompanhei sempre aquele casal, apoiando-o, dando-lhe força e ânimo, respeitando a sua privacidade. FRELLO e CARRARO (2010), no seu artigo referem que o cuidado de enfermagem “é imprescindível nos momentos que antecedem o parto e durante o nascimento do bebé já que o estado emocional da parturiente muitas vezes se mostra extremamente sensível e vulnerável às condições apresentadas pelo ambiente e pelas relações com as pessoas ao seu redor.” É na sala de partos que a parturiente procura nas enfermeiras a ajuda que necessita para que tudo termine na melhor forma. A relação de ajuda é importante, mas esta relação só é eficaz quando se estabelece uma boa relação no momento do encontro. A certa altura a parturiente mostrou-se ansiosa e verbalizou que estava com medo da dor e do parto. Tentei acalmá-la, respondi às dúvidas do casal, sem nunca esquecer que o processo de educação para a saúde é uma relação entre enfermeiro/ parturiente /família, de um constante feedback.

Após dilatação completa, a sr^a M iniciou esforços expulsivos na posição de cócoras. Os esforços expulsivos não foram eficazes e a apresentação não descia. Após a

visita médica decidiu-se aplicar uma ventosa por distócia de rotação e não progressão da apresentação. Técnica que não resultou e a sr^a M seguiu para cesariana. A sr^a M foi submetida a uma cesariana sob anestesia geral porque o cateter da epidural não estava funcionando. Às 23h.11 nasceu um recém-nascido do sexo masculino com 4060gr, IA 8/9. Recebi o Recém-nascido, prestei os primeiros cuidados e após avaliação da pediatria, foi para o serviço de neonatologia por SDR. Quando a sr^a M recuperou da anestesia, chamou por mim, queria ver-me e agradecer por tudo o que eu tinha feito por eles. Fiquei tão feliz e emocionada, eu tinha sido importante para aquela família e isso é tão gratificante. A relação que eu estabeleci com este casal foi eficaz pois consegui estabelecer um ambiente de confiança, compreender a parturiente, escutá-la, resolvendo assim uma situação potencialmente problemática para aquela parturiente que era a dor e o medo do parto. LAZURE (1994, p.14) refere que a relação de ajuda “ (...) engloba não só a presença física do enfermeiro junto do doente mas também todo o seu ser”. Quando estamos em relação de ajuda há todo um envolvimento e devemos acima de tudo compreender o outro. Ao planearmos os nossos cuidados temos que ter a noção de que aquela parturiente é única e que tem as suas próprias vivências, que devemos respeitar. “Respeitar-se é acreditar que somos seres únicos capazes de decidir o que é melhor para nós...respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeira consideração por aquilo que ele é...” LAZURE (1994, p.51). Eu envolvi-me naquele momento, ajudei aquela família. Muitos momentos como estes já aconteceram, muitos agradecimentos e palavras de carinho e afeto por parte das parturientes e famílias, mas neste momento difícil que estou a ultrapassar, a questionar tudo, se vale a pena continuar, será que vou ser capaz, será que tanto sacrífico valerá a pena, será...será... muitas questões sem resposta, muitas angústias, muito cansaço. FERNANDES (2007) identifica como importante fonte de conflito emocional para os estudantes o medo de errar e causar sofrimento na execução de intervenções técnicas. Muitas vezes este medo domina-me, sei que sou capaz, mas neste momento estou a esgotar as minhas forças, estou a atingir o meu limite, é difícil... Os alunos em ensino clínico suportam uma grande carga emocional e têm que desenvolver um importante trabalho emocional, gerir a sua vida profissional, familiar e enquanto aluno em ensino clínico. SERRA no seu

artigo refere que “O trabalho emocional é uma componente importante da experiência dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, e que este é determinante para a qualidade das competências profissionais desenvolvidas, quer em relação à qualidade de cuidados prestados, quer em relação ao bem-estar psicológico dos próprios estudantes”. Ouvir aquelas palavras de agradecimento da parturiente, foi abrir uma porta e seguir em frente sem medo nem receio de continuar... “A maior glória não está em nunca cair, mas em nos erguermos sempre que caímos”

“ (...) Siga em frente E abra um sorriso largo
Viver é uma arte...Um eterno renascer,
Um eterno renovar, Uma longa aprendizagem,
Uma longa caminhada, Enfrentando desafios.”

N. Rogero

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FERNANDES, O. (2007) - **Entre a teoria e a experiência**. Loures: Lusociência.
- FRELLO, Ariane T.; CARRARO, Telma E. (2010) –Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Revista Eletrónica de Enfermagem** [em linha]. Vol.12, nº4 (dezembro, 2010) p.660-668. Acedido em 23/04/2013. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12n4a10.htm>
- GRAÇA, Luís M. (2005) – **Medicina Materno-Fetal**. 3ªed.Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-325-7.
- LAZURE, Helene (1994) – **A relação de Ajuda**. Lisboa: Artes gráficas, ISBN – 972-96399-5-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. 2010-11-20. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
- O`REILLY, Barry; BOTTOMLEY, Cecilia; RYMER, Janice (2008) – **Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-06-2.
- SERRA, Miguel N. – O trabalho emocional do estudante de enfermagem em Ensino Clínico. **Artigo fornecido nas aulas de Supervisão Clínica**. Lisboa: ESEL. 2012.

Apêndice VI
Reflexão do Ensino Clínico de Neonatologia

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
3ºCURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRICIA

Unidade Curricular de Ensino Clínico V de Enfermagem em Contexto neonatal

Reflexão Individual



"A FORÇA DO AMOR..."

Elaborado por: Helena Fradinho

Docente Orientador:
Professora Irene Soares

Orientador do Ensino Clínico V:
Enfermeira Alexandra Barradas

Lisboa
março 2013

Nunca Abandone aqueles que você ama.

A força do amor está nas suas mãos...

Anónimo

INDICE

0. INTRODUÇÃO.....	4
1.CUIDAR EM NEONATOLOGIA - “A força do Amor”	5
2.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	8
3.BIBLIOGRAFIA.....	9

O. INTRODUÇÃO.

O presente trabalho foi realizado no âmbito da unidade Curricular de Ensino Clínico V, Enfermagem em contexto neonatal, integrada no 3º. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Pretende-se que este trabalho permita uma prática reflexiva, individualizada, de percursos e experiências vivenciados em contexto de aprendizagem e acima de tudo que seja um momento de crescimento pessoal e profissional. O Ensino Clínico V, em contexto neonatal, decorreu na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) EPE, do dia 4 março ao dia 9 março de 2013, sob orientação no local da Sra. Enfermeira Alexandra Barradas e sob a orientação pedagógica da Sra. Professora Irene Soares, num total de 75 horas, distribuídas por 6 turnos na Unidade de Neonatologia e 20 horas de trabalho autónomo, com a finalidade de desenvolver competências para a prestação de cuidados na área de Enfermagem Neonatal, participando no cuidado ao recém-nascido, inserido na família, durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde do recém-nascido e contribuir para a sua adaptação à vida extra-uterina, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

O nascimento de uma criança prematura ou com patologia associada é sempre traumatizante, e gerador de instabilidade no seio da família. Para os enfermeiros que prestam cuidados a estes recém-nascidos/famílias também não é fácil e muitas vezes deparam-se com situações onde as emoções falam mais alto e gerir todos estes sentimentos é um grande desafio, como nos diz LOWDERMILK (2008, p. 934) “ O nascimento de uma criança de risco devido a situações ou a circunstâncias que se sobrepõem ao curso normal de acontecimentos relacionados com o nascimento e adaptação á vida extra-uterina é um desafio para o enfermeiro”.

O presente trabalho encontra-se estruturado em três capítulos, introdução, desenvolvimento da reflexão e considerações finais.

1. CUIDAR EM CONTEXTO NEONATAL – “ A força do amor...”

Dados da Organização Mundial de Saúde (2012) apontam que 15 milhões de recém-nascidos nascem muito cedo todos os anos. Mais de 1 em cada 10 bebês nascem prematuros, afetando famílias em todo o mundo. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) em Portugal o número de nascimentos têm vindo a diminuir durante os últimos anos, em contrapartida, a taxa de prematuridade tem vindo a aumentar, estando relacionada com a incidência de gravidezes gemelares e gravidezes nos extremos da vida reprodutiva. Os comportamentos de risco como os hábitos tabágicos, gravidezes não vigiadas são também fatores que podem levar ao nascimento de bebês prematuros. Os avanços médicos na área da Neonatologia têm sido enormes e atualmente pode dizer-se que um bebê com peso à nascença superior a 1000gr, tem grandes probabilidades de sobreviver. A gravidez é um período, para os pais, de aprendizagem e crescimento que acaba por envolver toda a família. A parentalidade é uma etapa que traz grandes mudanças na vida do casal/família, necessitando de cuidados diferenciados e especializados nesta fase da vida tão importante. CRUZ (2005) refere que “A Parentalidade é porventura a tarefa mais desafiante da vida adulta e os pais constituem uma das influências mais cruciais na vida dos seus filhos” Estimular precocemente e manter a continuidade do vínculo do bebê com os seus pais e a sua família, irá fazer com que se preserve o ambiente familiar, de afetos necessários ao seu desenvolvimento, o mais equilibrado possível. Porém, pode acontecer que em muitas situações, esse vínculo inicial corra o risco de ser ameaçado, devido a um internamento algumas vezes inesperado na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN). As unidades de neonatologia de hoje são, espaços especializados, cujo contexto de cuidados é um verdadeiro desafio para os vários intervenientes. Como nos diz CANAVARRO (2001, p.236) “O início de vida neste ambiente tão artificial é difícil e problemático para todos os parceiros envolvidos.” Os recém-nascidos internados nestas Unidades de Neonatologia são pequenos, por vezes, muito pequenos, alguns são prematuros e por isso, um longo caminho têm que percorrer, desde que entram na Unidade de Neonatologia até ao dia da sua alta. Caminho longo, cheio de “obstáculos” e de incertezas... Quando um recém-nascido é transferido para uma Unidade de Neonatologia, a mãe é separada do seu filho e acontece então o confronto entre o

bebé que a mãe sonhava ter, e o bebé real, que pode ser prematuro ou doente. Ao enfermeiro cabe o papel de elo de ligação, a fim de evitar as consequências negativas que resultam dessa separação inesperada.

O que senti no primeiro dia de Ensino Clínico, pode-se descrever como um turbilhão de emoções e uma enorme carga emocional, em que o domínio dos procedimentos técnicos revela-se importante no cuidar o recém-nascido/família, mas o factor determinante na prestação de cuidados, foi sem dúvida a relação de suporte que se estabelece com a família. Estar disponível, saber ouvir, compreender os medos e dificuldades dos pais, que por vezes mostram alguma agressividade nas suas palavras e comportamentos, é também parte do desafio de cuidar destes pequenos bebés, pois estes não existem sem os seus pais, nem cuidamos deles, sem cuidar também dos seus pais, apoiando-os nos momentos difíceis e transformando os pequenos coisas do dia-a-dia em grandes momentos de vitória. Ao longo do Ensino Clínico houve uma situação que me sensibilizou, foi numa manhã, quando os turnos são mais agitados e mais stressantes, as enfermeiras têm que dar atenção a inúmeras coisas ao mesmo tempo e a determinada altura reparei numa mãe que olhava para o seu filho com um olhar triste, assustado, sem nada fazer, apenas olhava. A certa altura verbalizou que gostava de tocar no seu filho, pegar-lhe e falar com ele, mas tinha receio de fazer algo que o prejudicasse, pois eram muitos os fios e os monitores que a separavam do seu filho. A hospitalização de um recém-nascido representa um grande stress para os pais que reagem com angústia e apreensão pelo que estes devem ser acolhidos de modo a serem integrados na equipa e estimulados a tocar, a acariciar e a falar com o bebé. Perante a atitude desta mãe percebi que é importante estarmos despertos para estas situações e dar informação aos pais sobre equipamentos e regras da unidade, bem como rotinas da equipa multidisciplinar, de modo a minimizar o sofrimento destes pais. Na UCEN do CHS é realizado o método canguru que é um método também conhecido como Método mãe canguru ou contacto pele a pele e consiste no contacto direto entre pais e recém-nascidos. É um método simples e prático, promotor da saúde e bem-estar do recém-nascido, seja ele de termo, prematuro ou de baixo peso. Segundo LOWDERMIL (2008, p.914) “Recém-nascidos pré-termo que experimentaram o kangaroo-care recuperam rapidamente da fadiga relacionada com o nascimento (...) As mães

relatam um aumento de leite materno e menos sentimentos de impotência relacionados com a sua experiência na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais”. O desenvolvimento físico e emocional destes bebés depende da relação humana e da preservação e estimulação que se estabelece entre o recém-nascido e sua família. Há algum tempo atrás numa Unidade de Neonatologia, esteve um bebé prematuro, muito pequeno e indefeso, os pais todos os dias estavam presentes, junto do seu filho. Certo dia, quando tudo parecia perdido, a mãe cantou para o bebé a canção que costumava cantar durante a gravidez e o bebé reagiu...pouco tempo depois foi para casa com os pais... Essa mãe era eu. Quando tudo parece perdido não pudemos desistir, pequenos momentos são grandes vitórias para estes recém-nascidos e pais/família. Este Ensino Clínico revelou-se um grande contributo para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira e futura Enfermeira Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG), é importante os cuidados pré concepcionais e posteriormente uma gravidez vigiada afim de detetar precocemente e prevenir complicações, de forma a minimizar os riscos para o futuro bebé. Se mesmo assim o internamento do recém-nascido numa Unidade de Neonatologia for inevitável, o apoio emocional aos pais/família, a relação de ajuda e informação clara e pertinente são essenciais para minimizar o sofrimento destes pais/família e recém-nascidos, dando cumprimento à Competência nº 2 descrita pela International Confederation of Midwives (ICM, 2011) onde refere que o EESMOG “Ministra educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva”. Os cuidados de enfermagem prestados na UCEN visam a promoção da saúde e bem-estar do recém-nascido/família através de uma prática de cuidados de enfermagem centrada no recém-nascido/família que atende a necessidades de assistência individualizada. O trabalho do enfermeiro na UCEN é um desafio constante pois requer respeito, sensibilidade, conhecimentos científicos e técnicos. Este deve planear as suas atividades e direcioná-las de forma a prevenir riscos e complicações nos cuidados ao recém-nascido e família porque estão extremamente vulneráveis e dependentes da equipa que lhes presta cuidados e à que valorizar todo esse trabalho prestado por estes enfermeiros, pois é um trabalho emocionalmente desgastante.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre as decisões, atitudes, caminhos que escolhemos, é uma tarefa, que inconscientemente colocamos no fundo da “gaveta”, e só a fazemos quando, surge um acontecimento inesperado no percurso da nossa vida. Porque a reflexão pressupõe um confronto com todo o que foi vivenciado, emoções, sensações, incapacidades e angustias. Este Ensino Clínico foi uma mais valia para a minha aprendizagem e proporcionou momentos de reflexão e partilha. A reflexão constante conduziu-me a uma mudança de atitudes e comportamentos na minha vida quer pessoal, quer como futura EESMOG. Devo referir que foi também uma oportunidade única para aprofundar e desenvolver conhecimentos na área da enfermagem neonatal e pude verificar, que apesar dos conceitos científicos, estarem presentes, o contacto com a realidade na prestação direta de cuidados, foi deveras enriquecedor e foi especialmente gratificante, como mais um momento de aprendizagem como futura EESMOG. No decorrer do Ensino Clínico observei a conduta do enfermeiro e participei nos cuidados prestados ao recém-nascido/família, desenvolvendo competências para a prestação de cuidados na área de Enfermagem Neonatal, atingindo assim os objetivos preconizados no Plano de Estudos do CMESMO referente a este Ensino Clínico. Integrei-me facilmente na equipa o que tornou possível conhecer a missão e filosofia da Unidade com relativa facilidade. Ajudar os Pais a cuidar do seu bebé, procurando autonomizá-los e preparando-os para o levarem para casa, é um dos aspetos fundamentais que os enfermeiros e toda a equipa privilegiam, atendendo a uma filosofia de cuidados centrada na família. O nascimento de um recém-nascido de risco, com patologia, prematuridade ou até resultado de uma complicação inerente ao parto, gera grande instabilidade emocional nos pais/família. O EESMOG tem um papel fundamental, na capacitação do casal, para desenvolver estratégias de *coping* que lhes permitam readaptar à nova realidade. A relação de ajuda que estabelecemos com os pais/família do recém-nascido é valorizada por estes e isso é muito gratificante. Como enfermeira e futura EESMOG em contexto de cuidados de saúde primários, esta experiência vivenciada na UCEN, permitiu-me compreender o quanto pode ser feito ao nível da comunidade para que estes pais nunca se sintam sozinhos.

3.BIBLIOGRAFIA

- CANAVARRO, M. C. (2001) - **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972- 8535-77-5.
- CARMONA,L.V. et al. (2012) - Conflito no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. [em linha].Vol.46, nº2 (abril, 2012). Acedido em 10/03/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200032&lang=pt
- CRUZ, O. (2005) – **Parentalidade**. Coimbra: Quarteto ISBN: 989-558-054-1.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA. **Documento Orientador da Unidade Curricular- Ensino Clínico V, Ano Letivo 2012/2013** – 3ºCurso de Metrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Lisboa: ESEL, 2013.
- ISTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2007) – Nascer Prematuro-Um Manual para os pais de bebés prematuros. **Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria** [em linha]. Acedido em 10/03/2013. Disponível em: <http://www.lusoneonatologia.com/pt/pagina/6/documentacao/>
- LOWDERMILK, Deitra L.; PERRY, Shannon E. (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.
- SANTOS,L.M. et al. (2012) - Vivências Paternas durante a Hospitalização do Recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol.65, nº5 (setembro/outubro, 2012). Acedido em 10/03/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500011&lang=pt

Apêndice VII

**Sessão de Educação para a Saúde sobre Preparação para a Parentalidade e
Vinculação pré natal**

Sessão de Educação para a Saúde

PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL



Helena Fradinho
3º CMESMO
Novembro 2012

Objetivo Geral

- Sensibilizar a grávida/casal para uma parentalidade saudável;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar a grávida/casal para as competências do bebé "in utero";
- Informar a grávida/casal sobre a importância da vinculação, na relação entre os pais e bebé, ainda durante a gravidez;
- Informar a grávida/casal sobre estratégias para comunicar com o bebé (música, palavras, toque, técnicas de relaxamento);



A gravidez surge no ciclo vital da mulher/ casal, como um momento único, uma experiência dotada de uma enorme carga emocional.
Brazelton, 1992



A parentalidade é uma das tarefas mais difíceis e desafiantes que um casal tem que enfrentar. Tornar-se pais requer uma transição de novos papéis e responsabilidades.



Parentalidade

Incorporação e
aquisição de novos
papéis

Reorganização e
adaptação



Oportunidade de
crescimento

Competências do bebê "in útero"



"Os bebês já nascem a
falar. Falam pelos olhos,
pelos gestos, pelo corpo,
pelo choro, pelo sorriso e
pela atenção que lhes
merecemos"

Eduardo Sá

A vida fetal e o ambiente intra-uterino foram desde sempre alvo de curiosidade e fascínio do homem.

O ambiente dentro do útero é para o bebé o seu primeiro mundo, ele vai aprender a relacionar-se com o que o rodeia através dele



Nove meses de gravidez...

Uma longa viagem feita pelo bebé e pais...

Uma nova aventura, cheia de coisas para descobrir e de momentos especiais para partilhar...

É na barriga da mãe que o bebé se prepara e se desenvolve para melhor se adaptar ao mundo exterior...

OS CINCO SENTIDOS

TACTO

O bebé a partir das 12 semanas já consegue perceber quando estamos a tocar a barriga da mãe. Através do toque o bebé consegue perceber o que está à sua volta.



Por volta das 20 semanas de gestação pode observar-se um feto a tocar a sua face e a chuchar no polegar e nos dedos.



AUDIÇÃO

É um dos sentidos mais estudados, cujos registos de investigação remontam a 1925.

Estudos feitos por diversos investigadores provaram a preferência do bebé pela voz da mãe e o efeito tranquilizador da exposição ao som dos batimentos cardíacos da mãe.

Atualmente sabe-se que o útero é um local rico em sons e sensações.

o bebé a partir do 16 semanas, consegue reconhecer sons familiares, tal como a voz materna, paterna e de irmãos, bem como temas musicais ouvidos varias vezes pela mãe.

O estado emocional da mãe é comunicado ao feto. Se a mãe estiver a participar numa conversa terna ou ouvir música agradável, o feto reage com sensações de conforto. A experiência que está a ter está simultaneamente a ser vivida pelo seu bebé.



visão

Os movimentos oculares do feto iniciam-se entre a 16ª e a 18ª semanas, evoluindo para movimentos oculares rápidos entre a 23ª e a 24ª semanas.



As pálpebras do feto começam a abrir-se por volta das 20 semanas de gestação. Quando uma luz intensa incide sobre a barriga da mãe, o bebé revela o aumento da atividade motora e uma aceleração do ritmo cardíaco.

paladar



As papilas gustativas surgem por volta da 8ª-9ª semana.

A partir da 12ª semana de gestação encontram-se aptas a receber informações externas.

Por volta da 28ª semana de gestação o feto é capaz de dar uma resposta diferenciada a estímulos desagradáveis que consiga ingerir.

olfacto

A maturação morfológica e funcional deste órgão do sentido ocorre a partir da 22ª semana de gestação. Por volta das 26 semanas de gravidez o bebé consegue distinguir com clareza cheiros diferentes, que são experienciados pela mãe.



“... ao ser capaz de receber, processar, integrar, selecionar e discriminar informações e dados do exterior, o feto torna-se um parceiro ativo, que apresenta possibilidades relacionais e algum tipo de vida mental, organizada ainda de forma rudimentar”.

Eduardo Sá(2003)

Estratégias para
Comunicar com
O seu bebé




Coloque as mãos na barriga ao longo do dia, enviando pensamentos de amor para o bebé.

Falar para o bebé; Tratá-lo pelo nome; Incentive os irmãos e o pai a comunicar com o bebé.

Oiça música bonita e relaxante; Leia histórias de encantar.

Anote diariamente as suas experiências num diário; Se estiver angustiada explique-lhe o que sente.

Pensar e sonhar com ele



Partilhar o dia a dia com o bebé, emoções e situações

BIBLIOGRAFIA

- .BRAZELTON, T.B- A relação mais precoce – Os pais, os bebés e a interacção precoce. Lisboa: Editora Terramar. 2004.
- .CANAVARRO, C. – Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- .GOMES-PEDRO,J. – A relação mãe filho-a influência do contacto precoce no comportamento da díade. Lisboa: Imprensa Nacional da Casa da Moeda. 1985.
- .SÁ, E.- Psicologia do Feto e do Bebé. Lisboa. Editora Fim de Século. 2003.
- .SILVA, M.; LOPES, N. – Comunicação Intra-Uterina. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda. 2008.



ANEXOS

Anexo I

**Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro de Saúde Materna
e Obstétrica e Ginecológica**

Diário da República, 2º. Série, n. 35 De 18 de Fevereiro de 2011

Regulamento n.º 127/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Preâmbulo

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; 2. Gravidez — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; 3. Parto — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; 5. Climatério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusic; 6. Ginecologia — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7. Comunidade — assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Assim:

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica

1 — As competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são as seguintes:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

ANEXO I

Competência

H1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	<p>H1.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional.</p> <p>H1.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade.</p> <p>H1.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional.</p> <p>H1.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional.</p> <p>H1.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional.</p> <p>H1.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização.</p>
H1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	<p>H1.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher.</p> <p>H1.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.</p> <p>H1.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p>

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	H1.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
H1.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infecções sexualmente transmissíveis.	H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos. H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro. H1.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos. H1.3.4. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos. H1.3.5. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.

Competência

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal. H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez. H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade. H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez. H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez. H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável. H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno. H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão. H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-aborto.
H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco. H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à detecção de gravidez de risco. H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto. H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável. H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento. H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto. H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.
H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez. H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez. H2.3.4. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e ou concomitante. H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica. H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte. H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto. H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento. H2.3.9. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.

Competência

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.	<p>H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</p> <p>H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</p> <p>H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</p> <p>H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H3.1.6. Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</p>
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	<p>H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina.</p> <p>H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência.</p> <p>H3.2.9. Coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.</p>
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.	<p>H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina.</p> <p>H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.3.5. Coopera com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p> <p>H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.</p>

Competência

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o o período pós-natal.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	<p>H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida.</p> <p>H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido.</p> <p>H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto.</p> <p>H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto.</p> <p>H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.</p>

Competência

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.	<p>H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</p> <p>H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</p> <p>H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</p> <p>H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</p>
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	<p>H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina.</p> <p>H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência.</p> <p>H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.</p>
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.	<p>H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina.</p> <p>H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p> <p>H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.</p>

Competência

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	<p>H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida.</p> <p>H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido.</p> <p>H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto.</p> <p>H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto.</p> <p>H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.</p>

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.	H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho. H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos. H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno. H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto. H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e ou concomitante. H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e ou funcionais do recém-nascido. H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal. H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto. H4.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e ou concomitante. H4.3.10. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal. H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.

Competência

H5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério. H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa. H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério. H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida.
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério. H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério.
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos. H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante ao climatério. H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério, incluindo conviventes significativos. H5.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.

Competência

H6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher.	H6.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. H6.1.2. Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica. H6.1.3. Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.	H6.2.1. Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.2.2. Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H6.2.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.2.4. Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.
H6.3. Providencia cuidados à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	H6.3.1. Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.2. Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.

Competência

H7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H7.1. Promove a saúde do grupo alvo.	H7.1.1. Identifica infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. H7.1.2. Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. H7.1.3. Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. H7.1.4. Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. H7.1.5. Identifica as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico. H7.1.6. Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. H7.1.7. Advoga e promove estratégias de "empowerment" para as mulheres em idade fértil. H7.1.8. Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	H7.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. H7.2.2. Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. H7.2.3. Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. H7.2.4. Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. H7.2.5. Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.	H7.3.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de minimizar as causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal. H7.3.2. Cooperar com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de dia 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.